

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1910

THÈSE

N°

310

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Toussaint-Jules-Joseph-Félix GARASSE

Né le 1^{er} Juillet 1885, à Boulogne-sur-Mer (Pas-de-Calais)

DE LA

GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT

après l'Hystéropexie

Président : M. SEGOND, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie} Editeurs

15, Rue Racine, 15

1910

310

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Faculté de Médecine de Paris

LE DOYEN		M. LANDOUZY
PROFESSEURS		MM.
Anatomie.		NICOLAS
Physiologie.		CH. RICHET
Physique médicale.		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.		GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.		ACHARD
Pathologie médicale.		WIDAL
Pathologie chirurgicale.		DEJERINE
Anatomie pathologique.		LANNELONGUE
Histologie.		PIERRE MARIE
Opérations et appareils.		PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.		HARTMANN
Thérapeutique.		POUCHET
Hygiène.		GILBERT
Médecine légale.		CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.		CHAUFFARD
		ROGER
		HAYEM
Clinique médicale.		DIEULAFOY
		DEBOVE
		LANDOUZY
		HUTINEL
Maladies des enfants.		
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.		GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.		RAYMOND
		DELBET
Clinique chirurgicale.		QUENU
		RECLUS
		SEGOND
Clinique ophtalmologique.		DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.		ALBARRAN
		BAR
Clinique d'accouchements.		PINARD
		RIBEMONT-DESSAIGNES
		POZZI
Clinique gynécologique.		KIRMISSON
Clinique chirurgicale infantile.		
Clinique thérapeutique.		ALBERT ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

AUVRAY	CUNEO	LAUNOIS	NOBECOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECENE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BEZANÇON (F.)	DUVAL (P.)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LOEPER	RENON
BROCA (A.)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFEL
CARNOT	JEANSELMÉ	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (A.)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBE (M.)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

DE LA

GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT

après l'Hystéropexie

AVANT-PROPOS

Ce travail qui termine nos études nous permet de nous acquitter faiblement de la dette de reconnaissance que nous avons contractée pendant tout le cours de notre scolarité.

Nous aurions été très heureux de pouvoir le dédier aux maîtres qui nous ont appris à aimer la médecine, et avant tout les études cliniques qui en sont le véritable fondement.

La crainte seule que ce modeste témoignage de reconnaissance ne soit pas suffisamment digne de leurs enseignements et de leurs conseils, fait que nous ne pouvons que les assurer de la constante préoccupation que nous aurons toujours, de devenir un praticien dévoué et consciencieux.

Nous adressons plus particulièrement l'hommage de notre vive gratitude à : M. le professeur Segond pour le grand honneur qu'il nous a fait d'accepter la présidence de notre thèse.

M. le D^r Bazy, à qui nous devons le sujet de ce modeste travail. Les marques de grande bienveillance et d'estime que ce maître n'a cessé de nous montrer, ajoutent encore à la dette de reconnaissance que nous avons contractée envers lui.

Nous tenons également à remercier ici tout spécialement M. le professeur Bar et son chef de clinique le D^r Lequeux, qui ont bien voulu nous communiquer quelques observations inédites.

Nous avons divisé notre sujet en quatre parties.

Dans la première, nous ferons un résumé aussi complet que possible de l'historique de la question. Dans une deuxième partie, nous passerons en revue les principaux parmi les nombreux procédés employés pour fixer l'utérus.

La troisième partie sera consacrée aux accidents qui ont souvent accompagné la grossesse ou l'accouchement après l'hystéropexie. Enfin, dans une quatrième partie, nous nous demanderons si l'hystéropexie doit être complètement rejetée de la pratique opératoire, et s'il n'existe pas un certain rapport entre les procédés employés et les complications obstétricales.

I. — HISTORIQUE

Avant 1869, aucun chirurgien, en raison des dangers que présentait alors toute opération sur le péritoine, n'avait encore tenté de réduire par la voie abdominale un utérus déplacé de la position qu'il occupe normalement. Le traitement des déviations se réduisait presque à des manœuvres de petite chirurgie, telles que tamponnement, application de pessaire, massage, etc., et donnant des résultats plus ou moins satisfaisants, suivant l'âge des lésions et l'existence ou non d'adhérences entre l'utérus, les annexes et les divers organes du bassin.

Koeberlé de Strasbourg, le 27 mars 1869, fit une laparotomie, de propos délibéré, dans le but de corriger une rétroversion, cause d'accidents d'occlusion intestinale, et de maintenir l'utérus en avant, en fixant le ligament large d'un côté dans l'angle inférieur de l'incision abdominale.

En 1875, un chirurgien américain, Sims (1), fixe l'utérus à la paroi après laparotomie ; son exemple

1. Sims. *The british Am. Journal*, n° 8, 1877.

est bientôt suivi par Kaltenbach (2) en Allemagne en 1876, et Muller de Berne en 1879.

La fixation de l'utérus, pourtant, à cette époque, n'est pas encore opération courante, et en 1881 elle n'avait encore été pratiquée que sept fois et seulement à titre d'intervention complémentaire.

C'est seulement en 1885 que les gynécologistes commencent à prendre en considération le traitement des rétro-déviation utérines au moyen de l'hystéropexie, et tour à tour paraissent les mémoires de Fraipont (2), de Wyllie (3), de Léopold, de Klotz (4), de Kelley (5) et de Saenger (6).

Peu de chirurgiens, jusqu'alors, s'étaient préoccupés des conséquences possibles de la fixation utérine pendant la grossesse et l'accouchement, et pour la première fois, au Congrès de la Société allemande de Gynécologie, tenu à Fribourg en Brisgau du 12 au 14 juin 1889, fut agitée cette question. Küstner, pendant ce Congrès, apporte une observation d'avortement après hystéropexie, et se montre adversaire acharné de la pratique de cette opération chez une femme encore susceptible d'être mère. Saenger y

1. *Beitrag zur laparotomie bei fibrosentumoren des uterus* (Zeit. f. geburt und gyn., 1878).

2. Fraipont. *Annales de la Société médico-chirug. de Liège*, 1887.

3. Wyllie. *Communication à la section de Gyn. et d'Obst. de l'Ac. de méd. de New-York*, 1888.

4. Klotz. *Cent. f. gyn.*, n° 5, 1888.

5. Kelly. *Am. Journal of the med. soc.*, 1888.

6. Saenger. *Ueber behandlung der retroversio uteri*. (*Cent. f. gyn.*, 1888).

donne une série de douze cas de ventrofixation et l'observation d'une femme hystéropexiée et, à cette époque, enceinte de quatre mois.

Dès lors, la question est à l'ordre du jour, et les nombreuses publications qui se succèdent à ce sujet viennent montrer l'intérêt que les chirurgiens et les accoucheurs attachent à ce point important.

Routier, dans la thèse de Dumouret, en 1889, rapporte un cas d'accouchement normal et à terme ; en 1890, il publie un deuxième cas également heureux. La même année, Baudouin (1), dans sa thèse inaugurale, étudie toutes les observations connues jusqu'alors et se déclare partisan de l'hystéropexie. Sperling, le 29 janvier 1891, rapporte dans la *Deutsche medicinische Wochenschrift*, dix cas de ventrofixation, trois grossesses et deux accouchements à terme. Gottschalk de Berlin, dès le mois de février, discute la méthode chez les femmes encore jeunes et publie l'observation d'une ancienne opérée qui avorta plusieurs fois coup sur coup. Fraipont, dans les *Annales de la Société de Médecine et de Chirurgie de Liège*, se déclare partisan de l'opération. Olshausen observe un accouchement normal et à terme chez une femme opérée par Kaltenbach. La même année, Labusquière (2), en France, défend l'hystéropexie et donne un résumé assez complet des résultats parus jusqu'alors. Puis, paraissent successi-

1. Baudouin. Thèse, de Paris, 1890.

2. Labusquière. *Annales de Gynécologie*, 1891.

vement les observations de Léopold (1), de Saënger (2), de Fleischlen (3), de Jacobs (4), de Durrhssen (5), de Mackenrodt (6), et la thèse inaugurale de Bégouin (7). Rivière compare l'hystéropexie abdominale à la méthode d'Alexander, et conclut dans un sens favorable à cette dernière opération.

En 1894, Lamort (8) écrit sur cette question sa thèse inaugurale sous l'inspiration de Rivière; Léon (9), dans sa thèse également, publie 36 cas de grossesse après hystéropexie; la même année, paraissent les écrits de Fritsch (10), Sinclair (11), de Loehlein (12), de Winter (13). Viennent ensuite, en 1895, la thèse de Berruyer (14), le travail de Milander (15) dans lequel cet auteur passe en revue 74 cas de grossesse après hystéropexie et arrive à des conclusions nettement défavorables à cette opération, les communications de Goubaroff (16)

1. Léopold. *Cent. f. Gyn.*, 1891.

2. Saënger. *Cent. f. Gyn.*, 1891.

3. Fleischlen. *Zur ventrofixatio uteri (Zeits. f. geb. und Gyn.*, 1891).

4. Jacobs. *Soc. d'Obst. de Gyn. et de Péd. Paris*, déc. 1891,

5. Durrhssen. *Zeits. für geb.*, 1892.

6. Mackenrodt. *Deutsche. med. Woch.*, 1892.

7. Bégouin. Thèse de Bordeaux. 1892.

8. Lamort. Thèse de Bordeaux, 1894.

9. Léon. Thèse de Lyon, 1894.

10. Fritsch. *Soc. méd. de Berlin*, 1894.

11. Sinclair. *Manchester chronicle*, 1894.

12. Loehlein. *Deutsche med. Woch.*, 1894.

13. Winter. *Soc. de Gyn et d'Obst. de Berlin*, 1894.

14. Berruyer. Thèse de Lyon, 1895.

15. Milander. *Zeits. für geb. und Gyn.*, 1895.

16. Goubaroff. *Arch. de Tox. et de Gyn.*, 1895.

et de Goullioud qui viennent attirer l'attention des chirurgiens sur les complications obstétricales de l'hystéropexie.

En 1896, citons les publications de Mackenrodt (1), d'Abel (2), de Von Guérard (3), de Condamin (4), de Strassmann (5), de Noble (6), de Napier (7), de Dorland (8), de Jacobs (9), l'admirable étude de Demelin (10) portant sur 112 grossesses, et enfin les thèses de Blanc (11), de Piras (12), et de Lucien (13).

Les années suivantes voient éclore de nouveaux travaux, parmi lesquels ceux de Bidone (14), de Hirst (15), de Norris (16) de Laphorn Smith (17), de Gibert (18), Audedert et Binard (19), ces derniers concluant favorablement à l'hystéropexie.

En 1899, Pinard (20) présente à la Société d'Obs-

-
1. Mackenrodt. *The. Am. Journ. of obstetrics*, 1890.
 2. Abel. *Bulletin médical*, 1896.
 3. Von Guérard. *Cent. f. Gyn.*, 1896.
 4. Condamin. *Province médicale*, 1896.
 5. Strassmann. *Arch. f. Gyn.*, 1896.
 6. Noble. *Am. J. of obst.*, 1896.
 7. Napier. *British Gyn. soc.*, 1896.
 8. Dorland. *University med. mag.*, 1896.
 9. Jacobs. Congrès de Gyn. et d'Obst. de Genève, 1896.
 10. Demelin. *L'Obstétrique*, 1896.
 11. Blanc. Thèse de Lyon, 1896.
 12. Piras. Thèse de Paris, 1896.
 13. Lucien. Thèse de Nancy, 1896.
 14. Bidone. *Atti delle Soc. It. di ostebric Gyn.*, 1897.
 15. Hirst. *Am. J. of Obst.*
 16. Norris. *Am. Journ. of Obst.*, 1897.
 17. Laphorn Smith. *Med news.*, 1898.
 18. Gibert. *L'Obstétrique*. Paris, 1897.
 19. Audebert et Binard. Soc. Gyn. Obs. et Péd. de Bordeaux, 1897.
 20. Pinard. Soc. d'Obst. Gyn. et Péd. Paris, 1899.

tétrique et de Gynécologie de Paris une série de quatre accouchements qui constituent une charge très grave pour l'hystéropexie : deux présentations du sommet et quatre présentations de l'épaule. La même année Villeneuve (1), dans sa thèse, apporte quelques observations nouvelles. En 1900, nous trouvons la thèse de Thieux (2), les articles de Rutherford (3) et de Porter (4). Plus tard, en 1904, Oui (5), en d'excellentes pages, remet au point la question tant controversée et condamnée d'une façon décisive la vaginofixation. La même année, Queirel (6) de Marseille, décrit un procédé qui, dit-il, ne lui a jamais donné d'insuccès. Mentionnons, pour terminer, ce court historique d'une question tant discutée, les travaux plus récents de Fournier (7), de Clark et Bowley (8), de Lynch (9), d'Andrews (10), de Goin (11), de Muller (12), de Smith (13) de Marshall (14), de Boyd (15), de Hurdon (Elis.) (16) et de Polak (17).

-
1. Villeneuve. Thèse de Toulouse, 1899.
 2. Thieux. Thèse de Montpellier, 1900.
 3. Rutherford. *Phil. med. Journal*, 1900.
 4. Porter. *Providence med. Jour.*, 1901.
 5. Oui. *Annales de Gyn. et d'Obst.* Paris, 1904.
 6. Queirel. *Annales de Gyn. et d'Obst.* Paris, 1904.
 7. Fournier et M^{lle} Etcheverry. *Toulouse méd.*, 1904.
 8. Clark et Bowley. *Johns Hopkins Hosp. Bull.*, mars 1905.
 9. Lynch. *Johns Hopkins Hosp. Bull. med.*, mai 1905.
 10. Andrews. *J. of Obst. and Gyn. British Emp.*, 1905.
 11. Goin. *Gynécologie*. Paris, 1905.
 12. Muller. *Berlin. Klin. therap. Wochenschr.*, 1906.
 13. Smith. *Am. Journ. of obst.* New-York, 1906.
 14. Marshall. *Wisconsin M. J. milwaukee* 1905.
 15. Boyd. *J. of the Am. Ass.* Chicago, 1906.
 16. Hurdon (Elisabeth). *Am. Journ. of Obst.* New-York, 1907.
 17. Polak. *Trans. of the Am. Gyn. Soc. Phil.*, 1908.

II. — TECHNIQUE OPÉRATOIRE

On appelle, d'une façon générale, hystéropexie, une opération chirurgicale, ayant pour but de fixer soit l'utérus à la paroi abdominale, à la symphyse pubienne, à la vessie ou au vagin, soit les annexes ou en même temps les annexes et le muscle utérin à cette même paroi.

On peut diviser les hystéropexies en deux catégories : L'hystéropexie abdominale ou ventro-fixation et l'hystéropexie vaginale ou vagino-fixation.

Ces deux grandes classes comprennent elles-mêmes de nombreuses variétés que nous n'étudierons pas toutes ici ; d'ailleurs, la plupart des procédés, dont le nombre s'accroît chaque jour, ne sont que des dérivés plus ou moins modifiés des opérations classiques que nous allons passer en revue.

Etudions, d'abord, la première méthode, la plus employée et pour ainsi dire la seule employée actuellement : l'hystéropexie abdominale antérieure.

HYSTÉROPEXIE ABDOMINALE ANTÉRIEURE

Dans l'hystéropexie abdominale antérieure, ou sus-pubienne, encore appelée ventro-fixation ou

anté-fixation, l'utérus se fixe à la paroi abdominale par des sutures placées soit sur son fond, soit sur sa paroi antérieure, soit quelquefois sur sa paroi postérieure (procédé Kelly). L'utérus peut encore être fixé à la paroi abdominale par des fils passés au niveau du point de départ des ligaments ronds, vers les cornes utérines, ou par le pédicule des annexes lorsque ceux-ci ont été réséqués.

On divise habituellement ces interventions en hystéropexies extra-péritonéales et intra-péritonéales (directe, indirecte ou mixte).

Les premières, les extra-péritonéales, comme leur nom l'indique, consistent à suturer l'utérus à la paroi sans ouvrir préalablement le péritoine. Préconisée par Marion Sims en 1859 qui embrochait le muscle utérin en traversant toute l'épaisseur de la paroi abdominale, cette méthode est tombée dans un juste oubli. Elle n'était admissible qu'à une époque où une asepsie rudimentaire pouvait laisser craindre une infection de la séreuse. On peut lui reprocher en outre de ne pas permettre d'intervenir contre les lésions annexielles qui accompagnent si souvent la rétroversion ou le prolapsus, et de faire courir le risque à l'opérateur de prendre dans sa suture une anse intestinale.

HYSTÉROPEXIE INTRA-PÉRITONÉALE DIRECTE

On en distingue deux variétés, la fixation directe à sutures temporaires (Tait, Léopold, Klotz, Boldt,

Gottschalk), et la fixation directe à sutures perdues (Pozzi, Terrillon, Czerny, Terrier, Queirel, Laroyenne, Legueu, Faucon, Bazy), suivant qu'on laisse ou qu'on enlève, huit à neuf jours après l'opération, les fils qui maintenaient l'utérus contre la paroi abdominale antérieure.

Procédé Léopold. — Léopold faufile transversalement trois fils de soie dans l'épaisseur du muscle utérin, le supérieur au niveau de l'insertion des trompes, le deuxième, plus bas, sur une ligne horizontale passant par l'origine utérine des ligaments ronds, le troisième à 1 centimètre environ au-dessous du précédent. Ces trois fils traversent ensuite les deux lèvres de l'incision abdominale et sont liés sur la peau.

Léopold avait soin d'aviver la séreuse de l'utérus dans le but de favoriser la formation des adhérences ; il enlevait les fils au bout de quelques jours.

Le plus grand reproche qui ait été fait à cette méthode est d'appliquer le fond de la matrice contre la paroi et de mettre ainsi obstacle à son développement, pendant la gestation.

Procédé Queirel (1). — Après avoir soigneusement vidé la vessie, on pratique, à 4 centimètres au-dessus du pubis, sur la ligne médiane, une incision longitudinale de 4 à 5 centimètres : l'utérus est découvert, pincé et maintenu durant l'opération par une pince de Museux jusqu'à la pose du premier fil. Nous fai-

1. Queirel. *Ann. de Gyn. et d'Obst.* Paris, 1904.

sons trois points de suture à 1 centimètre de distance l'un de l'autre, ce qui ne prend que 2 centimètres de longueur, sur le raphé médian de la face antérieure de l'utérus. Le plus haut point est mis à 1 ou 2 centimètres au-dessous de la ligne qui rejoint les insertions tubaires, le plus bas au-dessus de l'isthme à 1 centimètre environ.

Le fil qui entre par une des lèvres de la plaie de dehors en dedans, traverse successivement la peau, le paroi musculaire et le péritoine, pénètre dans l'épaisseur de la paroi utérine, sans aller trop profondément, chemine pendant 1 centimètre environ sous le raphé médian et ressort de l'autre côté en sens inverse, symétriquement. Les trois fils sont liés séparément au-dessus de la paroi, en ayant soin de bien affronter les lèvres de la plaie dans toute leur épaisseur, et des crins de Florence sont placés dans l'intervalle des trois points profonds pour assurer l'adhésion exacte des autres parties.

L'utérus se laisse ainsi attirer au contact de la paroi abdominale et des adhérences séreuses solides ne tardent pas à s'établir. Le huitième ou neuvième jour, au premier pansement, on coupe les fils au ras de la peau d'un côté et on tire de l'autre pour les enlever sans crainte d'infection.

Ce procédé qui, comme celui de Léopold, ne laisse les sutures que temporairement, en diffère cependant par un point capital : Queirel ne suture pas le fond de l'utérus, son fil supérieur se trouve bien au-dessous d'une ligne horizontale joignant les orifices internes

de la trompe ; de plus, il ne fixe le muscle utérin à la paroi que sur une très petite étendue, 2 centimètres environ, et se met ainsi à l'abri d'un autre grief que l'on a fait à l'hystéropexie abdominale antérieure, celui d'empêcher le développement de la face antérieure de l'utérus pendant la grossesse. Il est vrai qu'il existe un rapport entre la surface de la zone d'adhérences et leur solidité, et que l'avantage n'est peut-être qu'apparent.

Procédé Czerni. — Après laparotomie, Czerni attire l'utérus en avant, passe un gros fil de soie à travers la lèvre gauche de l'incision, en respectant toutefois la peau ; il conduit ce fil dans le parenchyme utérin, au niveau de la limite du corps et du col, puis traverse par un trajet inverse les différents plans de la lèvre droite de la plaie, la peau exceptée. Deux fils semblables traversent les mêmes couches, mais sont dirigés à des niveaux différents, l'un en plein corps, l'autre presque vers le fond de l'utérus. Ces fils sont serrés et liés, la peau est suturée aux crins de Florence.

Procédé Legueu. — Il se rapproche beaucoup du précédent. Mêmes fils et même trajet, mais au lieu de lier les deux chefs d'un même fil ensemble, il réunit tous les chefs gauches d'un même côté et tous les chefs droits de l'autre.

Procédé Terrier. — Il diffère peu du procédé Czerni. Terrier emploie également des fils de grosse soie, mais les fait cheminer en faufilé dans la paroi utérine, au lieu de leur faire franchir la face antérieure tout

d'une traite. Il comprend dans ses sutures les mêmes plans de la paroi abdominale, c'est-à-dire le péritoine le muscle et l'aponévrose.

Procédé Fritsch. — Fritsch suture le fond de l'utérus à la paroi abdominale, par six fils de catgut. Il respecte les muscles droits et ne fait traverser aux sutures que le péritoine pariétal et l'aponévrose musculaire.

Procédé Pozzi. — Voici comment ce chirurgien décrit son procédé (1) : « Le chirurgien, armé d'une aiguille de Hagedorn, munie de soie fine mais résistante, fait à la partie inférieure de la plaie deux points de suture comprenant la totalité du plan séro-fibro-musculaire des parois abdominales, de manière à y prendre un point d'appui. A partir de là, il fait rapidement un surjet ascendant dont la spirale traverse successivement toute la partie profonde de la plaie abdominale (peau et tissu cellulaire exceptés), la couche superficielle de l'utérus sur sa partie médiane, puis l'autre lèvre de l'incision abdominale ; trois à quatre points de suture suffisent. Dès que l'utérus est de la sorte fixé à la paroi antérieure, le surjet de soie est arrêté. La fermeture de la paroi est obtenue au moyen d'un double surjet au catgut, le premier comprenant la couche-musculo-aponévrotique, le second la peau et le tissu cellulaire sous-cutané. Elle est de même consolidée par des sutures profondes de soutènement à la soie et des sutures intercalaires superficielles. »

1. Pozzi. *Traité de Gynécologie.*

Procédé Richelot. — Après laparotomie, Richelot attire l'utérus en haut vers la plaie abdominale au moyen d'une pince égrigne, puis il procède à la fixation de l'utérus en haut vers la plaie abdominale au moyen de trois fils de catgut n° 2 ou 3, leur fait traverser du côté de l'incision toute la couche musculo-aponévrotique de la paroi abdominale, la paroi antérieure de l'utérus assez profondément, sans toutefois intéresser la muqueuse et revient à l'autre lèvre de la plaie qu'il traite de la même façon. Le fil supérieur passe au-dessous de l'insertion des trompes, l'inférieur un peu au-dessus de l'isthme de l'utérus ; il termine en les nouant sur la ligne médiane et en suturant la peau au crin de Florence.

Ce procédé diffère du procédé Czerni par l'emploi de fils de catgut et surtout par le niveau des sutures qui, ici, n'intéressent pas le fond de l'utérus

Procédé Laroyenne. — On dilate le col de l'utérus au moyen de bougies de Hégar, on introduit ensuite dans la cavité utérine un gros hystéromètre de façon à repousser la matrice contre la paroi abdominale, et on fait une incision de 4 ou 5 centimètres ; l'utérus apparaît et on le fixe à l'aide de deux ou trois aiguilles broches qu'on enfle à travers le plan aponévrotique et le péritoine et à travers la face antérieure de l'utérus. Elles sont alors chargées d'un crin de Florence et retirées successivement. « L'emploi de l'hystéromètre, dit Berruyer dans sa thèse, présente plusieurs avantages : il permet de faire une incision abdominale aussi petite que possible, contrairement

à ce qui doit arriver dans les procédés où l'introduction de la main dans l'abdomen est un des temps obligés de l'opération... Un autre avantage de l'hystéromètre est de pouvoir déterminer par avance le point où devra se faire l'incision abdominale... Enfin, en cas d'utérus adhérent, il facilitera, en tendant les adhérences, leur rupture ou moyen du doigt. »

Procédé Delbet (hystéropexie isthmique) — Les méthodes de Richelot et Terrier, en faisant la suture la plus élevée au-dessous des ligaments ronds, laissaient bien le fond de l'utérus libre, mais la plus grande partie de la face antérieure se trouvant appliquée contre la paroi abdominale, l'utérus pouvait, dit Delbet, être mis de ce fait, dans l'impossibilité de se distendre pendant la gestation.

Après laparotomie et examen des annexes que l'on traite en passant comme il convient, on attire l'utérus vers soi, ce qui a pour effet de découvrir le cul-de-sac vésico-utérin ; au ras de ce cul-de-sac, on fait plonger une aiguille courbe dans le muscle utérin, assez profondément et sur un trajet de 2 centimètres environ, en commençant à 1 centimètre de la ligne médiane ; on retire l'aiguille après l'avoir armée d'un fil de catgut fort ; à 1 centimètre ou 2 au dessus du cul-de-sac vésico-utérin, même opération. On pique alors l'aiguille dans l'aponévrose musculaire à 1 centimètre du bord de l'incision et on lui fait traverser l'aponévrose, le muscle et le péritoine, on charge successivement les deux chefs des fils droits que l'on ramène au-des-

sus de l'aponévrose ; même manœuvre du côté gauche. Ceci fait, l'opérateur qui tient les deux chefs du fil supérieur fait un demi-nœud tandis que l'aide agit de même sur le fil inférieur. L'aide maintient son fil serré pour permettre à l'opérateur de terminer son nœud, et complète ensuite le nœud inférieur. On fait ensuite un surjet aponévrotique qui continue les fils qui ont suturé l'utérus à la paroi. Suture cutanée.

Procédé de M. Bazy. — M. Bazy a employé dans 2 cas que nous rapportons ici (obs. I et II) un procédé dont les résultats obstétricaux furent excellents, et qui nous paraît avoir le triple avantage de fixer solidement l'utérus à la paroi, de laisser le fond libre et enfin de permettre une certaine indépendance entre la partie moyenne de la face antérieure de l'utérus et la paroi abdominale. Après incision sur la ligne médiane, M. Bazy passe en revue les annexes et attire l'utérus en haut. Il place un crin en arrière de chaque ligament rond, puis deux autres crins transversalement à travers la paroi antérieure de l'utérus ; le supérieur à 2 centimètres de la base, le second un peu au-dessous du premier. Les deux fils cheminent dans l'épaisseur du parenchyme utérin, le premier sur une longueur de 3 centimètres, le second sur une longueur de 1 cm. 5 environ. Le péritoine est gratté à ce niveau et les fils sont passés à 3 centimètres de la ligne médiane dans le muscle droit ; ils sont noués, les deux chefs du fil passant en arrière du ligament

rond ensemble, et les fils utérins, les deux chefs gauches ensemble, les deux chefs droits de même. Surjet au catgut pour le péritoine et les muscles. La peau est suturée au crin de Florence.

HYSTÉROPEXIES INDIRECTES

Ces méthodes surtout en vogue en Allemagne ont été créées dans le but de faciliter l'ampliation de la vessie.

Olshausen respecte la face antérieure de l'utérus et suture par trois fils le bord interne des ligaments larges et des ligaments ronds à la paroi abdominale, en dedans des artères épigastriques.

Ce procédé qui semble fixer solidement l'utérus est cependant passible d'un reproche assez sérieux : une poche communiquant à sa partie supérieure avec la cavité péritonéale se trouve formée entre la paroi et la face antérieure de l'utérus, et une anse intestinale pourra s'y incarcérer et produire ainsi une occlusion avec tous ses graves symptômes.

Saenger (1) applique un point de suture à la soie dans le tissu utérin, sur chaque corne ; les deux fils traversent le péritoine pariétal au-dessous du niveau de la plaie abdominale et aussi près que possible de la vessie. Il relève alors, d'un côté, la trompe et l'ovaire, et passe deux fils de soie ou un plus grand nombre, à travers l'aileron de la trompe, immédiatement au-dessous du pavillon, ou bien à travers le

1. Thèse de Piras.

ligament large ; derrière le ligament ovarien, un repli est formé à l'aide de pincés, avec une portion du péritoine pariétal de la muraille osseuse du bassin, au niveau et immédiatement au-devant du bord externe du ligament large. Les fils de soie sont passés à travers le repli et noués. Les annexes du côté opposé sont traitées de la même façon et toutes deux étant replacées à leur niveau normal, la douleur et la congestion des ovaires sont guéries.

HYSTÉROPEXIE MIXTE

L'hystéropexie mixte qui fixe l'utérus et ses ligaments à la paroi, a été employée par Hennig, Hofmeier, Doléris (1). Ce dernier suture par des crins de Florence l'utérus à la paroi, mais il procède en même temps au raccourcissement des trompes et des ligaments ronds qu'il insère dans la plaie.

HYSTÉROPEXIE VAGINALE

Conçue par Amussat en 1856, cette opération n'est entrée dans la pratique qu'en 1888 avec Schücking de Prymont : Schwartz et Boldt, partisans de sa méthode, l'appliquèrent un nombre considérable de fois, mais sans grand succès. Plus tard, en 1892, Mackenrodt et Dürrhssen modifièrent complètement son procédé, et l'hystéropexie vaginale, dès cette

1. Thèse de Baudouin.

époque, devient opération courante de gynécologie, en Allemagne surtout.

Schücking, grâce à une aiguille courbe introduite dans la cavité utérine, traversait sa face antérieure, le cul-de-sac vésico-utérin, la cloison vésico-utérine et le fond du cul-de-sac antérieur du vagin, et ramenait l'aiguille préalablement chargée d'un fil, dont les deux chefs pendaient ensuite l'un dans le col, l'autre dans le cul-de-sac antérieur. Les deux chefs étaient noués ensemble, le fil était laissé en place neuf ou dix semaines.

Mackenrodt (1892), après avoir introduit un hystéromètre jusqu'au fond de l'utérus pour amener cet organe en avant, abaisse la portion vaginale du col de façon à tendre la paroi antérieure du vagin. Il pratique une incision transversale du cul de-sac vaginal antérieur au-dessous de la vessie après incision longitudinale partant de la première pour aboutir au méat ; il dissèque les lambeaux triangulaires ainsi obtenus, refoule la vessie après l'avoir décollée de l'utérus, et suture ce dernier au cul-de-sac vaginal antérieur avec une aiguille courbe armée d'un fil de soie à qui il fait traverser successivement le bord droit de la plaie longitudinale, le corps de l'utérus au niveau de l'orifice interne du col et enfin le bord gauche de la plaie. Il répète cette manœuvre, de façon à étager plusieurs fils de haut en bas, et termine en suturant les deux lèvres de la plaie.

Plus tard, en 1894, Mackenrodt apporte une modification à son premier procédé, en réunissant par deux

fil de catgut les deux feuillets du cul-de-sac vésico-utérin de façon à l'oblitérer complètement.

Dans une troisième méthode (1895), il incise la paroi vaginale antérieure, refoule la vessie, et ouvre la séreuse ; il décolle ensuite la péritoine de la face postérieure de la vessie, le fixe à l'utérus, et termine en suturant la vessie à l'utérus en commençant par son fond.

Dürrhssen (1), après avoir abaissé le col et introduit dans la cavité utérine un hystéromètre, incise le cul-de-sac vaginal antérieur, péritoine compris. « Un fil de soie passé transversalement dans la paroi utérine sert à la maintenir abaissée pendant l'opération. Puis, il enfonce de haut en bas, dans le bord supérieur de la plaie vaginale, trois fils qui suivent dans le fond même de l'utérus un trajet vertical. Ces fils utéro-vaginaux sont des fils perdus, en les nouant, on fixe la matrice. Il reste à suturer les deux lèvres de la plaie, après avoir retiré le fil abaisseur. Dürrhssen a proposé plus récemment la modification suivante. Il ouvre le cul-de-sac vaginal et le péritoine par une incision verticale, fixe l'utérus à l'angle supérieur de l'incision par un seul fil médian placé près du fond, puis suture le reste de la plaie et le péritoine qui le double isolément, c'est-à-dire sans prendre la paroi utérine. Il compte, pour maintenir la fixation, sur le fil unique et sur les adhérences celluleuses qui doivent se former entre la paroi utérine et la plaie vaginale suturée. »

1. Richelot. *Chirurgie de l'utérus*, 1902.

Richelot incise le cul-de-sac vaginal antérieur ainsi que le péritoine largement, de façon à permettre d'explorer tout le muscle utérin ainsi que ses annexes. Il attire l'utérus de façon à le faire recouvrir l'incision vaginale. Il traverse avec une aiguille courbe, de bas en haut, la partie gauche de la lèvre supérieure de la plaie, l'utérus dans sa partie moyenne (il prend la précaution de laisser le fond entièrement libre), et de haut en bas la partie droite de la même lèvre. Deux autres fils sont placés de la même façon au-dessous du premier.

Tels sont quelques-uns des nombreux procédés d'hystéropexie employés avec plus ou moins de succès par les divers chirurgiens.

Pouvons-nous dès maintenant faire un choix, existe-t-il une méthode s'imposant de par ses résultats opératoires ? Deux conditions doivent être remplies par une hystéropexie pour que l'on en puisse dire qu'elle est une bonne opération. Il faut que l'utérus soit solidement fixé pour éviter une récurrence, car alors mieux vaudrait recourir aux pessaires démodés que de faire courir les risques d'une intervention chirurgicale, dont on ne peut jamais préjuger les suites opératoires immédiates ou d'obtenir une guérison temporaire. En second lieu, et ceci n'est pas moins important, l'utérus fixé ne doit pas être entravé dans ses fonctions, c'est-à-dire qu'il doit permettre la grossesse et l'accouchement dans des conditions normales.

Nous croyons que les hystéropexies vaginales

ainsi que les hystéropexies abdominales ne fixant l'utérus qu'au péritoine pariétal, ne remplissent qu'incomplètement la première de ces conditions, et par conséquent doivent être éliminées de la technique opératoire. L'utérus fixé à des parties mobiles comme le péritoine, n'aura qu'un point d'appui insuffisant ; aussi les récidives étaient-elles fréquentes avec ces procédés aujourd'hui presque complètement abandonnés. Winter, sur 14 opérées comptait 14 récidives, Küstner, 16 récidives sur 25 cas, Dürrhssen lui-même 32 sur 147 cas. La vaginofixation, dit Bourcart « sera une opération d'exception, ou laissée aux artistes du bistouri, cherchant à se créer des difficultés ou n'ayant pas le courage de renoncer à écouter les considérations callisthéniques de leurs clientes ».

La seconde condition, non moins importante, a été l'objet de nombreuses discussions. Nous verrons plus loin que les procédés opératoires employés dans les différents cas ont influencé de façon très diverse la grossesse et l'accouchement.

III. — INFLUENCE DE L'HYSTÉROPEXIE SUR LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT

A. — INFLUENCE DE L'HYSTÉROPEXIE SUR LA GROSSESSE

Avant d'aborder cette question, il est logique de se demander si la fixation de l'utérus peut avoir une influence quelconque, favorable ou non sur la conception.

Le grand nombre d'observations de grossesses consécutives à l'hystéropexie, nous prouve surabondamment que l'acte opératoire ne gêne en tout cas en aucune façon la fécondation. Il est plus difficile d'affirmer qu'il la facilite. Pourtant, il est naturel de penser que, grâce à la suppression de toute coudure anormale du canal, le cheminement des spermatozoïdes sera plus aisé ; en rectifiant la position vicieuse de l'utérus, on amènera en même temps les phénomènes congestifs et métriques qui accompagnent souvent les déviations utérines et sont fréquemment une cause de stérilité. Peut-être aussi, la suppression pendant le coït, des douleurs qui poussent certaines malades à une continence absolue, ne sera pas étrangère à de nouvelles grossesses.

Delbet cite trois observations qui ne laissent aucun doute sur l'influence favorable de l'hystéropexie sur la conception : une première malade mariée et stérile depuis sept ans, devient enceinte un an après l'opération ; une autre, mariée et stérile depuis trois ans, devient enceinte moins d'un an après l'hystéropexie ; enfin une troisième, mariée et stérile depuis trois ans, devient enceinte moins d'un mois après sa sortie de l'hôpital. Bryant rapporte également le cas d'une femme qui était restée stérile pendant sept ans après le mariage et qui conçut bientôt après la ventro-fixation.

La fécondation effectuée, comment va se passer la grossesse ?

Les complications le plus fréquemment observées pendant la gestation sont les douleurs, l'avortement et l'accouchement prématuré, rarement les vomissements incoercibles et les hémorragies.

Douleurs. — Elles sont dues aux tiraillements résultant de l'expansion utérine et des tractions exercées sur la cicatrice. Elles seront surtout fréquentes vers le troisième ou quatrième mois, époque à laquelle le globe utérin, dépassant le niveau de la limite supérieure de la cicatrice, et adhérent en avant à la paroi abdominale, se trouvera dans l'impossibilité de se dilater régulièrement.

L'utérus, en effet, ne se dilate pas d'une façon uniforme ; pendant les deux premiers mois, ce sont surtout les faces antérieure et postérieure qui s'accroissent ; à partir du troisième mois, c'est le fond de

l'utérus qui prend un développement prépondérant ; pendant les trois derniers mois, enfin, le segment inférieur subit une ampliation considérable ; il en résulte que lorsque la paroi antérieure ou le segment inférieur seront seuls suturés, les douleurs apparaîtront plus tardivement ; aussi n'est-il pas étonnant de les trouver beaucoup moins fréquemment signalées chez les femmes hystéropexiées par la voie vaginale.

Demelin, sur une série de 127 grossesses, signale cette complication 27 fois, soit une proportion de 21 o/o. Lucien, dans sa thèse, 11 fois sur 59 observations. Ces douleurs présentent une localisation variable (région lombaire, douleurs diffuses dans tout l'abdomen), très souvent elles siègent juste au niveau de la cicatrice abdominale, ce qui s'explique facilement puisqu'elles sont dues le plus souvent à la traction des adhérences unissant la paroi à l'utérus. D'intensité très variable, les douleurs ont été quelquefois tellement fortes que l'on dut recourir largement à la morphine et au chloral, pendant toute la durée de la gestation (cas de Krim et de Gibert). Ramy dut, pour la même cause, provoquer un accouchement à huit mois qu'il termina par le forceps.

Avortement et accouchement prématuré. — Küstner et Gottschalk prétendaient que toute grossesse consécutive à la fixation de l'utérus, devait fatalement se terminer par un avortement : « Si l'on fixe à la paroi abdominale l'utérus d'une femme encore

en âge d'avoir des enfants, disait Küstner, et si cette femme devient enceinte, les adhérences empêchent le développement ultérieur de la matrice, elles sont tirillées et la fausse couche devient inévitable. »

C'est là une opinion évidemment exagérée et que les faits sont venus heureusement démentir d'une façon formelle. Pourtant la complication est encore assez fréquente : il s'agit seulement de savoir jusqu'à quel point l'hystéropexie en est responsable.

L'utérus vers le troisième mois, alors qu'il a acquis un certain développement, subit comme nous le disions plus haut, de la part des adhérences, des tiraillements qui l'excitent, déterminent des contractions qui aboutiront à l'expulsion du fœtus par décollement placentaire ou rupture des membranes. On peut se demander aussi, ainsi que le font remarquer Villedeneuve et Léon, si l'agrandissement de la cavité utérine ne pourrait entrer en ligne de compte dans la production de l'avortement. Chez les primipares, en effet, où les deux parois de l'utérus sont accolées, les avortements sont rares ; chez les multipares, au contraire, où il existe une cavité virtuelle, les avortements sont relativement fréquents. Peut-être, la paroi antérieure de l'utérus étant attirée en avant du fait des tractions par les adhérences, cette cavité tend-elle à s'accroître, à favoriser l'ectopie de l'œuf et son insertion vicieuse, et serait-il possible qu'un placenta développé dans ces conditions puisse se décoller prématurément.

Küstner, sur un total de 107 grossesses, note 17 fois l'avortement ; Dorland 15 fois sur 179 grossesses. Villeneuve donne un pourcentage de 14,9 o/o, Noble de 10 o/o, Demelin de 12 o/o. Andrews, 13 avortements sur les 189 cas qu'il a étudiés. Lucien, dans sa thèse, rapporte 10 avortements sur 67 grossesses après hystéropexie. Comme on le voit, les statistiques sont différentes suivant les auteurs ; remarquons une fois pour toutes qu'elles n'ont du reste qu'une valeur relative, les mêmes cas de complication se trouvant très souvent mentionnés dans les mêmes statistiques.

Dans notre observation VI, nous rapportons le cas d'une femme VI-pare, qui fit après son hystéropexie deux avortements : il est vrai que le premier ne peut pas être complètement considéré comme une complication éloignée de l'intervention, cette femme ayant été opérée au début de sa grossesse. Une autre femme (obs. IX), V-pare, déclare avoir en 1907 accouché d'un enfant vivant, alors qu'elle était enceinte de six mois et demi. Cet enfant nourri au sein serait encore vivant. Nous donnons ce cas avec toutes les réserves qu'il comporte.

Est-il logique d'accuser l'hystéropexie de tous ces avortements ? Dans certains cas, le fait est tellement évident que nous ne saurions le nier.

L'observation de Gottschalk est suggestive à cet égard. Il conte le cas d'une femme qui, après avoir eu trois grossesses normales, fut hystéropexiée et fit ensuite coup sur coup deux avortements ; Gotts-

chalk alors rompt les adhérences sous chloroforme pendant une troisième grossesse, et la femme va à terme et accouche normalement. Queirel a publié l'observation d'une femme VI-pare qui, après avoir accouché de quatre enfants vivants en présentation du sommet, avorta d'un fœtus de trois mois quelque temps après son opération, et treize mois après d'un fœtus de six mois.

Nous pensons toutefois qu'on a souvent incriminé l'hystéropexie un peu trop à la légère. Outre le procédé opératoire, qui certainement doit entrer pour une large part dans les causes de l'avortement, il y aurait peut-être lieu de rechercher dans nombre de cas, d'autres causes plus banales pouvant amener l'interruption de la grossesse. « Le reproche qu'on lui adresse (à l'hystéropexie) dit Doléris, de favoriser l'avortement, ne me paraît pas fondé. On nous donne comme proportion 17 et 20 o/o d'avortements chez les hystéropexiées ; dans mon service de Boucicaut, la proportion des avortements est de 30 et 33 o/o bon an mal an, par rapport au total des accouchements à terme, et il ne s'agit pas d'hystéropexies.

Vomissements incoercibles. — C'est une complication rare de l'hystéropexie. Dans un cas, cependant, Noble les vit déterminer un accouchement prématuré. Lohlein en cite deux cas et Fritsch un cas. Il s'agit encore ici d'un accident qu'on peut rattacher difficilement exclusivement à une hystéropexie antérieure, bien que toute modification dans la statique de l'utérus puisse en être une des causes.

Troubles vésicaux. — Consistant en douleurs, ténésme, cystite, ils sont rares après l'hystéropexie abdominale (Demelin sur un total de 127 grossesses n'a observé que deux fois la cystite), fréquents après la vagino-fixation (Dürrhssen sur 29 grossesses, 5 cas, soit 17 0/0).

Hémorragies. — L'œuf venant des trompes, dit Villeneuve, aura tendance, en raison de l'antéversion utérine, à se fixer sur la face antérieure ; s'il s'implante sur la paroi elle-même, les tiraillements qui se font sentir à ce niveau en cas d'hystéropexie abdominale, le gêneront dans son développement ; s'il s'implante en partie sur le segment inférieur, les hémorragies sont expliquées du même coup ; s'il se fixe sur la paroi postérieure, cette dernière se développant surtout à la fin de la grossesse, le placenta ne pourra suivre son ampliation, il se décollera en partie et provoquera des hémorragies. Dans un cas, Saënger eut à noter des écoulements sanguins continus pendant les deux premiers mois de la grossesse. Chez une femme enceinte d'un mois, qui avait été hystéropexiée par Laroyenne, une abondante hémorragie se produisit, et, dans l'orifice cervical, on sentait les débris placentaires ; le tout fut enlevé à la curette par Condamin. Thieux signale l'observation d'une malade qui perdit du sang pendant dix-huit jours et finit par avorter. Villeneuve, dans sa thèse, a rapporté 6 cas d'hémorragie pendant la grossesse, et Dickinson une menace d'avortement avec hémorragies pendant trois jours.

En somme, les complications de l'hystéropexie pendant la grossesse sont rares et généralement bénignes ; la plus fréquente est à coup sûr la douleur au niveau de la cicatrice, la plus grave est l'interruption de la gestation. Existe-t-il un moyen de les prévenir ? Pour la douleur, rarement intense au point que l'on soit obligé d'employer la morphine ou le chloral, on aura recours à une ceinture qui soutiendra la paroi abdominale et suffira bien souvent à soulager l'opérée. Quant à la seconde complication qui doit donner à réfléchir beaucoup plus que la précédente, nous pensons et nous y insistons plus loin, que le seul moyen d'y remédier dans la mesure du possible, est encore d'avoir recours à une technique opératoire laissant à l'utérus son fond libre et susceptible de se développer sans entraves pendant la gestation.

B. — INFLUENCE DE L'HYSTÉROPEXIE SUR L'ACCOUCHEMENT

Les complications de l'accouchement peuvent venir soit de l'utérus lui-même, soit de l'œuf. Parmi les premières, nous étudierons les douleurs pendant le travail, l'irrégularité des contractions, la déviation du col, l'inertie utérine, la dilatation sacciforme. Les accidents du deuxième groupe sont la rupture prématurée des membranes, les hémorragies consécutives à l'expulsion du fœtus, les procidences des membres et du cordon et les présentations vicieuses.

Douleurs et contractions irrégulières. — Déjà fréquentes pendant la grossesse, les douleurs au niveau de la cicatrice abdominale ne pourront que s'accroître ; les violentes contractions utérines pendant le travail tirailleront énergiquement les adhérences créées du fait de l'opération entre l'utérus et la paroi. Pinard et Léopold ont vu la cicatrice se déprimer à chaque nouvelle contraction, tantôt sur toute sa longueur, tantôt à ses deux extrémités seulement.

Dans un accouchement normal, les contractions utérines sont homogènes, régulières, et leur résultante concourt à l'effacement et à la dilatation du col ainsi qu'à l'engagement et à l'expulsion du fœtus ; il n'en est plus de même dans certains utérus hystéropexiés ; les adhérences gênent la contractilité du muscle utérin, elles en annihilent sur certains points les efforts, contribuant ainsi à empêcher la synergie nécessaire aux ondes contractiles pour assurer un travail progressif et régulier. L'utérus, d'autre part, est inégalement développé ; du fait de l'antéversion marquée et des obstacles apportés quelquefois au libre accroissement de son fond, sa paroi postérieure s'amincit, sa paroi antérieure reste épaisse, cette dernière jouant ainsi le rôle d'une tumeur fibreuse et dissociant les ondes musculaires. Cet épaississement a été quelquefois la cause d'obstacles sérieux à l'engagement de la présentation : Gottschalk, après un avortement chez une femme hystéropexiée, extrait des débris de placenta

et de membranes et soit que la paroi postérieure y compris le fond était mince, tandis que la paroi antérieure, jusqu'au point où elle adhéraît à la paroi abdominale, avait une épaisseur au-dessus de la normale. Brodhead trouve une masse de la grosseur d'une orange au-dessus de la symphyse et recouvrant en partie le détroit supérieur. Plus tard, on découvrit qu'elle était formée par le fond et la paroi antérieure de l'utérus. Le même auteur, chez une autre malade, trouve la face utérine tournée vers le petit bassin, épaisse d'au moins 4 centimètres, et une césarienne fut jugée nécessaire. Boyd, dans trois cas, arrive également sur une grosse masse faisant obstacle à l'engagement.

Dilatation sacciforme. — Dans les conditions normales, l'axe de l'utérus se confond ou à peu près avec l'axe pelvien. Si l'utérus est en antéversion marquée, son axe longitudinal tendra à devenir perpendiculaire à l'axe du bassin, et pendant le travail, la présentation fœtale poussée par les contractions utérines, refoulera la paroi antéro-supérieure de l'utérus, déterminant ainsi une espèce de calotte dont elle se coiffera, calotte formée « par la paroi antéro-supérieure amincie et la saillie due à l'hypertrophie de la masse musculaire antéro-inférieure qui constitue une véritable tumeur, mettant obstacle à la dilatation du col et à la bonne direction du fœtus ». Kühl, chez une femme en travail depuis quarante-huit heures, trouve le col effacé remonté très haut, la tête de l'enfant refoulant la paroi antérieure de

l'utérus. Il dut faire la perforation et appliquer le cranioclaste. Le corps ne put être extrait qu'après section de la paroi utérine antérieure sur une longueur de 5 centimètres. Chez une deuxième femme, le même auteur ne put terminer qu'après section de la face antérieure de l'utérus sur une longueur de 8 centimètres. Dans un troisième cas, Strassmann ne peut faire ni la version ni la perforation, car la tête n'est pas au niveau du col, mais coiffée par le segment inférieur. Chacune de ces dystocies était due à une vagino-fixation antérieure.

Position du col. — Dans un grand nombre d'utérus gravidés après hystéropexie, il arrive que le col dévié en arrière est quelquefois presque impossible à atteindre par le toucher vaginal ; et ceci n'est pas étonnant puisque l'utérus étant ramené en antéverson forcée, le col a naturellement basculé en sens inverse, tendant par conséquent à tourner son orifice externe vers la colonne vertébrale ; la paroi antérieure ne subissant presque pas d'augmentation, le col tout entier sera reporté en arrière et obéira à la traction que lui imprime le développement extrême de la paroi postérieure.

Gottschalk trouva le col en arrière et en haut, remonté en dehors du petit bassin d'une façon telle qu'il avait bien de la peine à l'atteindre avec le doigt.

Gubaroff, Olshausen et Schauta trouvèrent, dans trois cas différents, le col élevé, dévié et à peine accessible au toucher. Wertheim, après avoir fait

la manœuvre de Braxton Hicks, met trois heures à extraire par tractions continues, un enfant de 3.600 grammes; le fond de l'utérus qui arrivait à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, avait entraîné la paroi vaginale antérieure avec lui sous forme d'un canal s'étendant dans l'abdomen. Abel, dans un cas où l'orifice du col remontait au voisinage de la dernière lombaire, essaie vainement l'accouchement par la version et le forceps et doit avoir recours à la césarienne. Dans un cas de Diétrich, le col demeura introuvable. Brown fait une césarienne au cours d'un accouchement où le fœtus se présentait transversalement, le col étant absolument inaccessible. Schütte, chez une parturiente, trouve le col au-dessus de la deuxième lombaire; au bout de dix heures, la dilatation n'étant que de un mark, il est obligé de faire l'opération césarienne.

Werder rapporte un fait analogue où le col étant à 8 pouces (soit 20 centimètres) de la vulve, ne put être atteint même sous anesthésie. Wegener fait la version céphalique et délivre au forceps une femme dont l'orifice utérin était si haut qu'il fût obligé, pour déterminer sa position, d'introduire la main tout entière dans le vagin. Ill, pour la même raison, fit trois fois la césarienne. Dans un cas de Dickinson, le col était remonté vers la troisième vertèbre lombaire; dans une grossesse gémellaire, il essaie en vain d'introduire dans l'orifice un ballon, et doit terminer l'accouchement par une césarienne.

Boyd fait également la césarienne dans deux cas où le col de l'utérus était à peine accessible.

On voit quelles sont les conséquences d'une pareille déviation du col utérin. La présentation reste élevée, au-dessus du détroit supérieur, elle glisse d'une fosse iliaque dans l'autre, devenant transversale ; l'engagement est difficile, la dilatation se fait mal. Cette anomalie a encore un autre inconvénient, à savoir que, si, pour une raison quelconque, l'accoucheur est obligé de hâter le travail, soit par manœuvre instrumentale, soit par dilatation manuelle, il pourra rencontrer des difficultés presque insurmontables : Milander essaya, en présence de semblable dystocie, d'introduire un ballon Champetier de Ribes, mais l'éloignement du col et sa direction empêchèrent la mise en place du ballon.

Inertie utérine. — L'inertie utérine, assez fréquente après l'hystéropexie, puisque Demelin sur 127 grossesses a noté 9 applications de forceps et 2 versions, est une conséquence directe des accidents que nous signalions plus haut (fatigue du muscle utérin par un travail trop long, déviation du col ne s'effaçant et ne se dilatant que lentement, contractions faibles et irrégulières dues aux adhérences entre la paroi et l'utérus, excès de travail imposé à l'utérus par une présentation vicieuse). Rappelons les faits cités précédemment de Gottschalk, Gubaroff, Olshausen, Saënger, Milander, Schauta, Äbel, Brown, Ill, Boyd, etc., qui presque tous exigèrent

une opération obstétricale, version ou césarienne. Plus souvent, l'inertie n'est que passagère et ne demande qu'un traitement beaucoup moins énergique (cas d'Audebert et Binaud : les contractions d'abord fortes et régulières, faiblissent pendant la nuit ; pendant toute la matinée on donne des douches vaginales et la dilatation se complète bientôt). Quelquefois, mais rarement, les tiraillements des adhérences excitent le muscle utérin, amènent une exaltation des forces expulsives, pouvant produire des contractions tétaniques de l'organe gestateur.

Rupture de l'utérus. — Cette grave complication n'a été observée, heureusement, que dans quelques cas rares : Norris, dans un accouchement, chez une femme qui avait été hystéropexiée quelque temps avant sa grossesse, constata que la face « postérieure était considérablement amincie au point que par le toucher intra-utérin, on pouvait sentir le relief des matières intestinales » ; Norris essaya vainement la version et termina par le forceps l'extraction d'un enfant mort, mais sans provoquer de lésions utérines. Cet auteur n'avait pas tort de craindre une déchirure de la paroi postérieure de l'utérus, car les cas de rupture parus plus tard se rapportent presque tous à un éclatement par amincissement extrême de cette même paroi. Dickinson reçut dans son service, en 1899, une femme accouchée depuis trois semaines par version, et présentant des symptômes de péritonite ; il fit la laparotomie et découvrit une rupture de l'utérus depuis l'orifice externe

jusqu'à la corne gauche, se poursuivant à travers le ligament large sur une longueur d'au moins 4 centimètres.

Le fond de l'utérus était fixé à la cicatrice au-dessus du pubis, et la paroi postérieure était amincie et flasque. La malade mourut. Quatre ans auparavant, Brodhead avait observé la même complication : paroi postérieure amincie et rompue, et mort quelques jours après la laparotomie. Clark et Bowley en 1903, après avoir tenté une version podalique, découvrirent une rupture de l'utérus et firent la césarienne.

Meuge, alors assistant à la clinique de Leipzig, vit un cas de rupture spontanée de la paroi postérieure de l'utérus, après hystéropexie. Waren, appelé pour accoucher une femme hystéropexiée quelques années auparavant, se trouve en présence d'une déchirure du col s'irradiant jusqu'au corps de l'utérus. En 1896, Von Guérard accoucha au forceps une femme en travail depuis dix-neuf heures ; mais après l'extraction, il se produisit une abondante hémorragie d'aspect veineux qui résista au massage de l'utérus et aux injections d'eau salée à 50 degrés ; le poulx de la malade devenant filiforme, Von Guérard résolut de rompre les adhérences et fit la laparotomie ; il découvrit que le bord gauche de l'utérus avait été déchiré pendant le travail, sans toutefois que sa cavité fût intéressée. La malade guérit. Notons en passant que l'utérus avait été fixé à la paroi (pour son hystéropexie) par quatorze

points de suture. Dans le cas présent, il ne s'agissait pas de rupture de la paroi postérieure, mais bien d'arrachement du muscle utérin par les fibres le rattachant à la paroi.

Etudions maintenant les *complications venant de l'œuf*, c'est-à-dire les présentations vicieuses, la rupture prématurée des membranes et la procidence des membres ou du cordon.

Présentations vicieuses. — Le fœtus contenu dans l'utérus tend à adapter sa forme et ses dimensions aux formes et aux dimensions du contenant ; il en résulte que normalement, l'enfant tend à mettre son extrémité volumineuse, l'extrémité pelvienne, dans la partie la plus large de l'utérus, c'est-à-dire dans le fond de l'organe ; comme conséquence, son extrémité la plus petite, l'extrémité céphalique, se place en bas, en rapport avec le segment inférieur.

Après fixation de l'utérus et surtout, comme le montrent les faits, après la vagino-fixation ou l'hystéropexie abdominale par les procédés de suture du fond, tout le développement utérin se fait aux dépens de la face postérieure qui, en s'élevant dans l'abdomen, porte le point culminant de l'organe plus ou moins au-dessus de l'ombilic ; l'utérus prendra la forme d'un ovoïde à grand axe transversal, forçant le fœtus à prendre une position vicieuse à laquelle ne seront pas non plus étrangers l'élévation du col et le défaut d'engagement en résultant. Ajoutons que, grâce à l'antéversion exagérée, l'axe de la matrice ne sera plus en rapport avec l'axe du détroit

supérieur, qu'en raison du développement irrégulier de ses parois, amincies en arrière, hypertrophiées en avant, les contractions deviendront inégales, et nous comprenons fort bien l'insuffisance de l'accommodation et le mécanisme des présentations anormales.

Demelin, sur 127 grossesses, a observé 90 fois, soit une proportion de 95 0/0, la présentation du sommet ; 3 fois, soit 3,1 0/0 au lieu de 0,8 0/0, chiffre normal, il y eut présentation de l'épaule et une fois le fœtus vint par le siège. Andrews, sur ses 189 cas, rapporte 10 positions transverses et 3 sièges ; Villeneuve, sur 104 grossesses, 13 présentations du tronc : soit 9,7 0/0 et 3 présentations du siège, soit 2,17 0/0 ; Küstner 3 présentations transversales pour 107 grossesses. Pinard, à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie, en 1899, apporte 6 observations de grossesse après hystéropexie, soit 4 épaules et 2 sommets. Schütte a vu, chez une première femme hystéropexiée après quatre parturitions normales, deux accouchements dystociques consécutifs, par présentation de l'épaule ; chez une deuxième femme qui avait eu cinq accouchements eutociques avant l'opération, le sixième et le septième enfants se présentèrent par l'épaule.

Dans le service de Queirel, une femme, après avoir subi l'hystéropexie, fit un avortement (cas cité plus haut) à trois mois ; à la grossesse suivante, le fœtus se présenta par l'épaule droite en A.I.G. Une seconde femme, dont le même auteur rapporte l'observation, V-pare, accouche dix mois après son opération, d'un

enfant en présentation du siège mode des pieds ; plus tard, elle redevient enceinte et accouche de deux jumeaux, tous deux en présentation de l'épaule. Boyd et Clark rapportent chacun plusieurs cas de position transversale après hystéropexie. Citons encore les deux cas de Strassmann, ceux de Gæfe et de Schauta, et enfin les faits connus de Gouharoff, Milander, Lohclein que nous avons déjà mentionnés plus haut à propos d'autres complications. Faisons remarquer, de suite, à la décharge de l'hystéropexie, que la plupart de ces accidents de la grossesse ont été observés chez des femmes opérées par la voie vaginale, ou par voie abdominale, mais avec suture du fond de l'utérus.

Poche des eaux (Rupture prématurée des membranes et procidence). — La rupture prématurée de la poche des eaux, complication assez fréquente de l'accouchement après la vagino-fixation, a été rarement signalée après l'hystéropexie proprement dite, et dans ce cas elle coïncide presque toujours avec une position vicieuse et élevée de l'enfant. Pinard l'a observée une fois pourtant dans une présentation du sommet. Gibert a constaté une fois une poche des eaux en boudin, signalée également dans un autre cas par M^{lle} Caubet dans la thèse de Piras. Dans nos observations III, IV, VI, où la poche des eaux se rompit avant la dilatation complète, il ne s'agit évidemment pas de rupture prématurée des membranes, mais de rupture précoce, étrangère à toute complication.

Il semblerait que la procidence des membres ou

du cordon dût être fréquente, à cause des positions vicieuses et de la situation élevée du fœtus ; on n'en trouve pourtant que quelques exemples, parmi lesquels nous citerons ceux observés par Strassmann, communiqués tous deux à la Société de Gynécologie de Berlin en 1895 ; dans les deux cas, il s'agissait de procidence du cordon et le fœtus se présentait par l'épaule.

C. — ACCIDENTS DE LA DÉLIVRANCE

Ce sont la rétention de l'arrière-paix et l'hémorragie. Elles reconnaissent à peu près les mêmes causes, à savoir l'inertie consécutive à un travail prolongé, et l'obstacle apporté à la rétraction de l'utérus par la fixation des brides qui maintient l'utérus élevé. La rétention de l'arrière-paix peut encore être due à la position anormale du col, le muscle utérin n'arrivant pas à expulser, par un orifice trop élevé, le placenta décollé, ou bien encore à l'enchâtonnement de ce dernier dans une loge formée aux dépens de la cavité utérine.

Dans nos observations III et VI, M. Lequeux, chef de clinique du professeur Bar, dut recourir à la délivrance artificielle : dans le premier cas, la femme accouchée à 1 h. 25 du matin, n'avait pas encore expulsé son délivre à 3 heures ; on fit alors la délivrance artificielle sous anesthésie au chlorure d'éthyle, l'anneau de Bandl était fortement rétracté, le placenta inséré en partie dans la corne droite de l'utérus.

Dans le deuxième cas, la parturiente fut accouchée à 11 h. 25 du matin ; à midi 30 elle perd abondamment, et à 1 heure, l'hémorragie n'étant pas arrêtée par le massage de l'utérus, on fait une délivrance artificielle ; on trouve la placenta décollé en partie, encore adhérent en certains points et retenu dans la corne droite.

Les hémorragies sont plus fréquentes que la rétention placentaire : tantôt, elles sont graves et difficilement arrêtées par les moyens ordinaires : massage de l'utérus, injections chaudes, etc., Gottschalk, par exemple ne put arrêter une hémorragie qu'en faisant la laparotomie et en rompant les adhérences : il est vrai que dans ce cas, il s'agissait d'une déchirure partielle de l'utérus. Fournier vit, chez une femme antérieurement hystéropexiée, une hémorragie abondante suivre la sortie de l'enfant, et malgré les soins usités en pareil cas, deux nouvelles hémorragies de moindre importance se produire avant la délivrance ; après la délivrance normale, nouvelle hémorragie aussi abondante que la première. Dans les faits de Von Winiwarter, de Bar, de Milander, d'Audebert, les pertes furent légères et rapidement arrêtées. Piras, dans sa thèse, apporte le cas d'une accouchée, opérée par Routier, qui perdit pendant dix jours après sa délivrance. Signalons dans nos observations IV et VII des hémorragies bénignes qui cessèrent rapidement par le massage de l'utérus et les injections à 50 degrés.

D. — SUITES DE COUCHES

Les suites de couches ne présentent ordinairement rien d'anormal. Chaput a signalé pourtant une hémorragie secondaire qui résista au traitement pendant six semaines. Brodhead et Noble ont vu une de leurs malades succomber quelques jours après leurs couches, mais l'une et l'autre avaient subi l'opération césarienne. On a noté quelquefois une régression défectueuse de l'utérus, due à la suspension de l'organe contre la paroi.

IV. — L'HYSTÉROPEXIE EST-ELLE TOUJOURS RESPONSABLE DE CES ACCIDENTS ?

L'hystéropexie, ainsi que nous venons de le voir, a été accusée des pires méfaits, et devrait être irrémédiablement condamnée, s'il n'était possible en certains cas d'atténuer les graves accusations qu'on a portées contre elle.

Nous parlions plus haut des rapports entre l'hystéropexie et l'interruption de la grossesse, et nous disions combien il était difficile de faire la part exacte de l'influence de l'opération. Il est permis de se demander si, dans nombre de cas qui ont été à terme et sans aucun accident de la gestation ou de l'accouchement, l'hystéropexie n'a pas été la condition même de la grossesse ; et ceci qui est d'ailleurs très vraisemblable, ne devrait-il pas nous engager à la mépriser un peu moins ! Stone a écrit : « Quelques-uns prétendent que les avortements ou accidents pendant la grossesse sont dus à l'opération. Cela peut-être vrai jusqu'à un certain point : encore pouvons-nous être certain que ces malades n'auraient pas conçu du tout sans l'opération. »

L'hystéropexie a surtout été faite chez des multipares dont le plancher pelvien et la paroi abdominale sont défectueux, elles ont été pratiquées souvent pour obvier à des flexions de l'utérus dont la structure est souvent altérée, malade elle-même ; rien d'étonnant, par conséquent, à ce que nous rencontrions des vices d'accommodation, des présentations vicieuses, des anomalies dans les contractions utérines, et ses conséquences, sans nier toutefois une grande part d'influence à l'acte opératoire lui-même.

Enfin, nous pensons que beaucoup d'auteurs qui se sont occupé de la question, ont publié surtout des cas de dystocie grave, observés à l'hôpital où les malades averties d'une complication possible venaient volontairement accoucher, et n'ont pas cru devoir mentionner les cas ayant évolué normalement ; du reste, les statistiques sont insuffisantes, beaucoup d'opérées n'ont pu être retrouvées ou n'ont pas été suivies par les chirurgiens.

Aux attaques parfois terribles qui ont été portées contre l'hystéropexie dans ses rapports avec la puerpéralité, nous pouvons opposer quelques statistiques, intéressantes en ce qu'elles montrent qu'il ne faut pas se montrer ennemi résolu et irréfléchi de la fixation de l'utérus.

Delbet, en dix ans, a opéré par son procédé, 23 malades sur lesquelles 13 sont devenues enceintes. L'une de ces femmes a été suivie jusqu'au sixième mois de gestation, puis n'a plus donné de ses nouvelles. Parmi les 12 autres, on a eu à relever deux

avortements dont l'un tout au moins, dit Delbet, ne peut être mis sur le compte de l'hystéropexie (avortement de deux mois, par conséquent trop précoce, chez une femme désirant vivement être mère). La grossesse, l'accouchement et la délivrance ont été, pour les 11 autres, normaux en tous points,

Mentionnons encore les résultats de :

Koetschau de Berlin : sur 149 opérations, 25 grossesses, 3 avortements, une version, une application de forceps au détroit supérieur, mais deux enfants vivants ;

De Penrose : 13 grossesses : 12 normales et un forceps, enfants tous vivants ;

De Florian Krug : 14 accouchements normaux, un avortement dû à une cause étrangère à l'hystéropexie ;

De Barton Cooke Hirst : 6 accouchements heureux et à terme sur 6 grossesses ;

De Baldy : 6 cas d'évolution tout à fait normale ;

De Doléris, qui a suivi 31 femmes enceintes hystéropexiées par les méthodes basses et n'a constaté rien d'anormal ;

De Schwartz : 7 grossesses, 7 accouchements à terme et spontanés ;

De Heinricius : 4 accouchements heureux sur 4 grossesses ;

De Noble : 56 grossesses, 3 avortements, 3 applications de forceps, 2 rétentions placentaires. Un accouchement prématuré par vomissements incoercibles ;

De Lejars : 4 accouchements normaux et à terme sur 4 grossesses.

Nous avons lu beaucoup d'autres statistiques, et la plupart, bien que portant sur un nombre trop restreint de cas, sont loin d'être défavorables à l'hystéropexie. Signalons toutefois, et cette remarque nous allons le voir, à son importance, que les chiffres que nous venons de citer ne visent que des fixations directes de la paroi antérieure de l'utérus, n'intéressant pas le fond de l'organe.

Comment expliquer les désastreux résultats obstétricaux que nous avons relevés souvent dans le cours de ce travail ? Evidemment, et c'est à cette conclusion qu'arrivent aujourd'hui tous ceux qui se sont occupé de la question, par une technique défectueuse dans l'opération elle-même. Nous avons recherché pour la plupart des cas de dystocie que nous avons cités, quelle avait été la méthode employée pour fixer l'utérus ; pour la grande majorité, nous avons trouvé qu'il avait été fait une vagino-fixation ou bien que le fond de l'utérus avait été compris dans des sutures à la paroi. Les faits de Vertheim, de Græfe, de Pope, de Velde qui obligèrent l'accoucheur à l'opération césarienne, ceux de Strassmann qui, dans l'un trouva l'utérus gravide plié en deux, l'enfant en présentation de l'épaule et dut faire l'opération de Porro, toute manœuvre étant impossible, et dans les deux autres observa une procidence du cordon, sont le triste résultat de la vagino-fixation.

Conséquences également de cette opération sont les cas de Schauta, qui se trouva en présence d'une position transversale, d'une ascension du col au niveau du promontoire, l'utérus étant à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic, ceux de Kühl, qui dut faire deux fois chez deux malades différentes la section du segment inférieur, bien qu'il eût broyé la tête du fœtus. Citons pour en finir avec cette série néfaste les 6 cas de Rieck dont le résultat fut : une perforation, 3 versions, un forceps après incision du col, une césarienne et 5 enfants morts ; et ceux de Küstner qui, sur 30 grossesses mentionne six interventions opératoires et deux mort-nés.

Les procédés opératoires par sutures du fond de l'utérus n'ont rien à envier aux déplorables conséquences de la vagino-fixation. Nous rappellerons les cas de Wegener, où le fond de l'utérus était fixé au périoste de la symphyse, de Gottschalk, qui, en présence d'une hémorragie redoutable, dut faire la laparotomie sous-chloroforme, rompre les adhérences et trouva le fond de l'utérus fixé par deux points de suture dans l'angle inférieur de la plaie ; rappelons encore la rupture de l'utérus dont Dickinson nous donne l'observation, la malade de Guharoff dont on dut terminer l'accouchement par la césarienne et dont l'utérus était fixé par le fond au moyen de trois crins de Florence, les 3 cas de Poltowiz terminés tous trois artificiellement, deux par forceps et un par césarienne (l'utérus était fixé par le fond par 3 points

à la soie), celui de Flaischlen, celui de Ill qui exigea également une césarienne et où la partie supérieure de l'utérus était fixée à la paroi. Bidone donne une statistique portant sur 6 femmes opérées par la méthode de Fritsch (qui suture, nous le savons, le fond, par six fils de catgut) : deux accouchèrent à terme et heureusement, une fut hystérectomisée pour grossesse ectopique, la quatrième dut subir l'opération césarienne et succomba ainsi que son enfant, la cinquième eut deux grossesses, l'une terminée par avortement à trois mois, l'autre par broiement de la tête dernière du fœtus ; à la sixième, enfin, on dut faire une opération césarienne. Henry Russel-Andrews donne une statistique de 47 hystéropexies par suture de la face antérieure et du fond de l'utérus, suivies de grossesse : 13 fois il y eut des douleurs pendant la gestation, 2 fois accouchement prématuré, 5 fois on dut faire la césarienne, une fois l'embryotomie sur la tête dernière, une fois une version podalique extrêmement difficile, deux fois une application de forceps.

La vagino-fixation, au point de vue chirurgical pur donne des résultats absolument insuffisants, puisque, n'agissant pas contre les adhérences, elle ne peut être appliquée qu'aux rétro-déviations mobiles ; non seulement elle récidive fréquemment puisqu'elle n'a qu'un point d'appui trop peu solide sur la paroi vaginale, mais encore lorsqu'elle résiste pendant la gestation, elle fait remonter le col très haut, favorise les positions transversales, nécessite, si ce n'est

l'opération césarienne, tout au moins des interventions sérieuses ; nous l'exclurons donc complètement de la technique opératoire, surtout chez les femmes n'ayant pas encore atteint la ménopause.

Quant à l'hystéropexie abdominale, nous venons de voir que ses procédés de fixation supérieure tout au moins, doivent subir le même sort que la vagino-fixation. L'utérus, pendant la gestation, devant se développer surtout aux dépens de son fond, si ce dernier est fixé, seul ou avec la face antérieure de la matrice, la paroi postérieure fera tous les frais de l'extension ; elle remontera et entraînera le col en arrière vers le promontoire, la face postérieure prenant toute l'étoffe pour se développer, s'amincira à l'extrême, les présentations vicieuses, l'inertie utérine, la rupture de l'utérus même, tels en seront les résultats bien peu différents de ceux qui menacent la vagino-fixation. « Que dire, écrit Doléris, d'un procédé qui immobilise l'utérus en le fixant au bord supérieur de la symphyse pubienne, ou de celui qui le fait pénétrer de force et l'insère dans la paroi même du vagin, ouverte par la colpotomie antérieure, dans une attitude d'antéflexion ou d'antéversion forcée et fixe ? Ces procédés sont antiphysiologiques, dépourvus de sens chirurgical autant que d'art. En même temps qu'ils sont parfaitement inélegants, ils annihilent la mobilité de l'utérus et contrarient sa fonction primordiale, la parturition. »

Est-ce à dire que les résultats obstétricaux des hystéropexies abdominales par les procédés respec-

tant le fond sont parfaits ? Nous ne voudrions l'affirmer. Il n'en reste pas moins que les chirurgiens qui ont adopté les méthodes de fixation de tout ou partie de la face antérieure de l'utérus, c'est-à-dire les méthodes de fixation directe, mais sans sutures du fond (Laroyenne, Lejars, Lefort, Pozzi, Walther, Delbet, Richelot, Bazy, etc.), s'en montrent généralement très satisfaits et n'ont eu à enregistrer, pendant le cours des grossesses ultérieures, que quelques incidents généralement peu importants, exceptionnellement de véritables dystocies.

DOCUMENTS

OBSERVATION I.

Sophie T..., trente et un ans. photographe sur joaillerie.

Entre à l'hôpital Tenon le 15 avril 1897 pour rétro-flexion et prolapsus utérin.

En 1895, elle a accouché de deux jumeaux ; le premier vint par le sommet ; sur le deuxième, on pratiqua une version podalique. Le premier mourut à un mois, de débilité, le deuxième est encore vivant et bien portant actuellement.

En 1897, dix-huit mois après, deuxième accouchement en présentation du sommet, travail long et pénible.

La malade est opérée le 20 avril 1897 par M. Bazy. Voici le procédé opératoire qui fut employé :

Laparotomie pour hystéropexie et ignipuncture des ovaires. — Incision médiane de 10 centimètres environ, commençant au pubis et allant à 3 centimètre de l'ombilic.

L'abdomen ouvert, on ne voit que la face antérieure de l'utérus. Il semble que le petit bassin soit vide. On relève l'utérus très facilement ; il apparaît augmenté de volume et on attire l'ovaire du côté gauche ; celui-là est très augmenté de volume, de la grosseur d'un œuf de poule ; il contient un gros kyste qui est ignipuncturé, et il s'en échappe un liquide clair. L'autre ovaire contient aussi d'autres petits kystes qui

sont ignipunctures à leur tour. On procède alors à l'hystéropexie. Pour cela, l'utérus étant fortement attiré en haut, on passe deux crins en travers, en arrière de l'insertion des ligaments ronds, puis deux transversaux à travers la paroi de l'utérus et à deux travers de doigt de sa base. Les fils sont cachés dans le parenchyme utérin, le premier sur une longueur de 1 cm. 1/2. Le péritoine est gratté à ce niveau et on fait passer tous ces fils à travers le muscle grand droit et à 3 centimètres de la ligne médiane. Ils sont noués, les deux chefs de chacun de ceux en arrière du ligament rond ensemble, et les fils utérins, les chefs gauches ensemble, les chefs droits de même.

Fermeture par un surjet au catgut pour le péritoine et les muscles. Suture de la peau au crin de Florence. Pansement aseptique. Chloroforme.

Deux ans après son opération, en 1899, Sophie T... devient enceinte.

La grossesse fut absolument normale, sauf quelques crises douloureuses au niveau de l'hypocondre droit, qu'un médecin appelé à cette époque diagnostiqua coliques hépatiques. Ces crises se reproduisirent deux ou trois fois durant les deux premiers mois. Aucune douleur au niveau de la cicatrice abdominale.

Elle accoucha le 12 février 1900 spontanément et à terme d'un enfant du sexe masculin en présentation du sommet. Poids 3 kgr. 500, travail rapide (3 h. 1/2), délivrance presque immédiate, sans hémorragie. Suites de couches normales.

OBSERVATION II

Maria B..., trente ans, domestique. Entre à l'hôpital Beaujon le 20 avril 1899.

A eu une fausse couche il y a neuf ans. Quelque temps après elle a été prise de douleurs dans le bas ventre qui cessaient par le repos et ne la prenaient qu'à la suite d'une fatigue quelconque. Depuis une semaine, les douleurs ont redoublé d'intensité ; elles surviennent par crises de durée variable, principalement après les mictions qui sont du reste devenues plus fréquentes. La malade se plaint également de sensations de picotement à la vulve.

Au toucher, le bas fond vésical est un peu douloureux ; on sent nettement les uretères ; l'uretère gauche est sensible et sa pression détermine envie d'uriner. L'utérus est en rétroversion, les tentatives de réduction sont très douloureuses. La palpation du rein est sensible ; on ne réveille aucune douleur du côté droit. On fait le diagnostic de cystite, urétérite, pyélonéphrite, rétroversion utérine. On met la malade au repos et au régime lacté.

4 mai. — Soit environ deux semaines après l'entrée à l'hôpital, on ne sent plus l'uretère par le toucher, mais dans le cul-de-sac latéral gauche, on sent un cordon allongé, de la grosseur du petit doigt. La pression de l'uretère gauche ne donne presque plus la sensation de besoin d'uriner. La palpation bi-manuelle du rein gauche est toujours sensible. Les urines, après évacuation complète de la vessie, sont devenues limpides.

La malade sort le 5 mai, sur sa demande, et guérie grâce au régime lacté, de sa pyélonéphrite.

7 juin. — La malade entre à nouveau à l'hôpital pour faire opérer sa rétroversion.

On ne constate rien de nouveau dans son état, mais les douleurs dans le bas ventre continuent, quoique moins intenses. Le toucher fait constater une rétroversion adhérente et douloureuse ; la réduction ne peut être complète ; les annexes sont malades à gauche, on les sent tuméfiées derrière l'utérus quand on tente de redresser ce dernier.

10 juin. — M. Bazy opère la malade de la façon suivante :
Incision de 10 centimètres environ sur la ligne médiane. On recherche l'utérus que l'on finit par atteindre et remonter avec beaucoup de peine. Il est très manifestement en rétro-flexion. L'ovaire gauche ayant le volume d'un petit œuf de poule est enlevé ainsi que la trompe correspondante. Ligature en chaîne. On passe un fil vertical dans le pédicule au crin de Florence ; les deux chefs sont passés à travers le muscle droit du côté gauche. Du côté droit, les annexes étant saines, on passe un crin vertical à travers le ligament rond ; celui-ci est situé à au moins 2 centimètres au-dessous de la corne utérine, ce qui pourrait rendre l'opération d'Alexander illusoire.

Deux crins transversaux sont passés à travers le corps utérin, l'un à 2 centimètres de sa base, l'autre à 1 centimètre au-dessous du premier. Les deux chefs gauches de ces fils sont liés sur le muscle droit, de même les chefs droits de façon à appliquer l'utérus contre la paroi abdominale.

Suture du péritoine et des muscles par surjet au catgut. Suture de la peau au crin de Florence. Chloroforme. La section de l'ovaire fait découvrir un kyste dermoïde.

En 1908, Maria B... devient enceinte, pour la première fois après l'opération. Sa grossesse ne présente rien de particulier.

16 janvier 1909. — Elle accouche spontanément et à terme d'un enfant du sexe féminin, pesant environ 3 kilogrammes, en présentation du sommet. La délivrance a lieu immédiatement sans aucune hémorragie (1).

OBSERVATION III

(Clinique Tarnier. Service de M. le Professeur Bar.)

H... Eulalie, vingt-six ans. Entre à la clinique à la fin de sa grossesse, le 2 décembre 1908.

A été opérée en 1901 à l'hôpital Necker par M. Mouchet qui lui a fait une hystéropexie (2). En 1902, nouvelle opération pour éventration.

Deux grossesses antérieures, l'une en 1905, l'autre en 1906. Ni l'une ni l'autre ne furent douloureuses, délivrance et suites de couches normales. Les deux enfants moururent l'un à treize mois, l'autre à huit mois de méningite. Cette femme a été réglée à dix-huit ans, toujours très irrégulièrement ; les règles sont douloureuses et durent huit jours.

Les dernières règles ont eu lieu le 6 mars 1908.

1. Pour ces deux premières observations, nous n'avons pu donner en détails les différentes phases de l'accouchement, qui d'ailleurs fut normal, ces deux opérées ayant accouché chez elles. Pour obtenir des renseignements, nous avons interrogé la première ainsi que la sage-femme qui l'avait accouchée. Pour la seconde femme, nous nous sommes adressé à son maître qui est docteur en médecine et au service duquel elle était lors de l'opération et de la grossesse.

2. Nous n'avons pu trouver l'observation chirurgicale de cette opérée. Néanmoins, M. Mouchet a bien voulu nous faire savoir qu'il pratiquait toujours l'hystéropexie basse, sur la partie la plus inférieure de la face antérieure du corps, au voisinage de l'isthme.

Examen. — La paroi abdominale est épaisse (la femme étant grasse). On voit une cicatrice médiane sous-ombilico-pelvienne. Pas d'éventration.

La grossesse est actuellement à huit mois et demi ; le fond de l'utérus est libre et un peu dévié à droite. La paroi abdominale au niveau de la cicatrice semble mobile sur l'utérus. Présentation du sommet en D.P.

Toucher. — Sommet mobile, bassin normal.

Auscultation. — Bruits du cœur bons.

9 décembre. — Col dilatable de 1 franc.

Sommet mobile, bruits du cœur bons. Contractions espacées.

A 1 heure du soir, rupture de la poche des eaux ; col dilatable de 2 francs. Sommet mobile.

15 décembre. — 10 heures du soir, la parturiente ayant des contractions utérines douloureuses est amenée à la salle de travail.

Toucher. — Sommet engagé. Membranes rompues, col dilatable de 5 francs. Bruits du cœur bons.

A 1 h. 25 du matin, expulsion spontanée d'une fille vivante. Poids 3.600 grammes.

A 3 heures du matin, la délivrance ne se faisant pas et la femme perdant un peu, M. Lequeux est prévenu. Il fait la délivrance artificielle sous anesthésie au chlorure d'éthyle. Il peut à peine introduire trois doigts dans l'utérus, car l'anneau de Bandl est rétracté. Il arrive très difficilement sur la partie supérieure de l'insertion placentaire qui est d'ailleurs très peu adhérente. Le placenta était inséré dans la corne droite et sur la face antérieure de l'utérus. Poids du placenta 420 grammes.

La rétention semble donc avoir pour cause la rétraction de

l'anneau de Baudl ; d'ailleurs l'utérus est dur. Pendant l'injection intra-utérine, le liquide revient difficilement.

Les suites de couches furent normales, la régression de l'utérus également. Aucun incident. L'enfant eut une légère poussée laiteuse. L'accouchée sort le 24 décembre.

OBSERVATION IV

(Clinique Tarnier. Service de M. le Professeur Bar.)

M... Louise, vingt-huit ans, ménagère, entre à la clinique le 30 avril 1908.

Antécédents héréditaires. — Père vivant. Mère morte pendant une fausse couche.

Antécédents personnels. — Réglée à dix-sept ans. II-pare. Première grossesse en 1903. Garçon vivant actuellement et bien portant. Suites de couches normales.

En 1903, la malade eut une salpingite ; on l'opéra. On lui aurait fait, dit-elle, des cautérisations au thermocautère sur les ovaires, après laparotomie. Elle fut réglée deux fois par mois à la suite de cette opération.

Seconde opération en 1904 : hystéropexie avec fixation de l'utérus à la paroi abdominale, par M. Herbet.

Grossesse actuelle : les dernières règles datent du 17 juillet 1907. Aucun accident, sauf quelques vomissements.

Examen. — Femme de taille moyenne. Utérus très développé, son fond se trouve à 36 centimètres du bord supérieur du pubis, et à trois travers de doigt au-dessous de l'appendice xyphoïde. L'enfant se présente par le sommet en G.A, les bruits du cœur sont bons. La malade présente sur la ligne médiane

de la paroi abdominale, une cicatrice longue de 12 centimètres, s'étendant du bord supérieur de la symphyse à quatre travers de doigt de l'ombilic. L'adhérence aux plans profonds est faible, et la peau peut-être légèrement mobilisée, même pendant les contractions utérines.

Le même jour (de son entrée) à 4 heures du soir, on constate, au toucher, une dilatation de 5 francs, les membranes sont rompues.

A 7 h. 30, la parturiente qui fait des efforts expulsifs est examinée : la dilatation est complète.

A 8 heures du soir, accouchement spontané d'un garçon vivant, du poids de 4.030 grammes.

A 8 h. 30 délivrance par traction et expression, poids du placenta : 670 grammes.

Pendant la délivrance, la parturiente a eu une hémorragie légère qui s'arrête aussitôt après l'expulsion du placenta. Durée totale du travail : dix heures.

7 mai. — L'utérus est en bonne voie de dégression.

Le jour du départ de l'accouchée, soit le 10 mai, l'utérus est à quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse et mobile sur les plans superficiels.

OBSERVATION V

(Clinique Tarnier. Service de M. le professeur Bar.)

Marie R..., trente ans, entre à la clinique Tarnier le 20 août 1909.

Antécédents héréditaires. — Mère vivante, bien portante. Deux frères en bonne santé.

Antécédents personnels. — Régée à treize ans et demi. Rougeole pendant l'enfance.

Bronchite à l'âge de dix-sept ans.

III-pare. Première grossesse il y a huit ans. Accouchement spontané, enfant mort à l'âge de huit ans. Deuxième grossesse il y a cinq ans; enfant vivant et bien portant.

A été hystéropexiée en 1906, à la suite de son second accouchement par M. Delbet (hystéropexie basse, isthmique).

Grossesse actuelle : dernières règles du 12 au 15 novembre 1905. Aucun trouble se rapportant à l'opération antérieure.

Accouchement : premières douleurs le 20 août vers 9 heures du soir. La parturiente monte à la salle du travail le 21 août à 6 heures du soir. Membranes intactes, col très souple.

Dilatation de 5 francs. La malade perd les eaux vers 7 h. 30. Présentation du sommet en gauche antérieure. Dilatation complète à 8 h. 1/4.

A 8 h. 30, accouchement spontané d'une fille vivante, pesant 3.850 grammes.

Délivrance naturelle et complète. Poids du placenta : 580 grammes. Durée du travail : quatre heures,

Suites de couches normales. Mère en bon état à sa sortie. Enfant bien portant.

OBSERVATION VI

(Clinique Tarnier. Service de M. le professeur Bar.)

Marie J..., trente-huit ans, journalière. Entre à la clinique le 2 janvier à 11 heures du matin.

Antécédents héréditaires. — Père mort de la variole noire. Mère vivante et bien portante.

Antécédents personnels. — Réglée à dix ans et demi, toujours régulièrement.

VIII-pare. Premier accouchement en 1890 à terme, enfant vivant.

Deuxième accouchement : en 1893, à terme, d'un enfant vivant. Mort à huit mois d'érysipèle.

Troisième accouchement : en 1895, à terme. Enfant vivant.

Quatrième accouchement : en 1898, à terme. Enfant vivant.

Cinquième accouchement : en 1901, à terme. Enfant vivant.

Tous ces accouchements furent spontanés et l'enfant vint par le sommet.

Sixième grossesse : Marie J... souffre plus que pour les autres grossesses ; elle consulte et l'on constate une rétroversion, elle est opérée alors et fait quelque temps après un avortement de trois mois.

Septième grossesse : Avortement de trois mois.

Huitième grossesse (actuelle) : Pendant toute sa durée, la parturiente a éprouvé des malaises.

Examen. — Femme de taille moyenne; on remarque, sur la paroi abdominale, une cicatrice médiane longue de 6 à 8 centimètres, résultant de son hystéropexie. L'utérus est développé dans le sens transversal, il est irrégulier, cordiforme, avec un sillon bien marqué à sa partie médiane.

Le sommet est engagé, le dos à gauche. Les bruits du cœur sont bons.

Toucher. — Dilatation d'une paume de main.

Les membranes se sont rompues le 2 janvier à 1 heure du matin.

A 11 h. 45 du matin, elle accouche spontanément d'un garçon vivant du poids de 3.700 grammes.

Midi 30. La femme perd abondamment. On fait des tractions sur le cordon et de l'expression utérine, mais le placenta semble bien adhérent. On fait du massage de l'utérus, ce qui paraît arrêter un peu l'hémorragie.

A 1 heure, on exprime l'utérus; il en sort d'énormes caillots (900 gram.). L'hémorragie continue. On fait alors une délivrance artificielle; le placenta est en partie décollé, cependant il est encore adhérent en certains points et fortement retenu dans la corne droite de l'utérus. On parvient difficilement à passer deux doigts entre le placenta adhérent et le muscle utérin. Le placenta est déchiqueté, les membranes incomplètes. Poids : 520 grammes.

5 janvier. — L'écouvillonnage ne ramène rien.

OBSERVATION VII

(Clinique Tarnier. Service de M. le professeur Bar.)

Juliette D..., vingt-trois ans, couturière. Entre à la clinique le 13 décembre 1909.

Antécédents héréditaires. — Père mort, cause (?) Mère bien portante. Un frère et une sœur bien portants.

Réglée à treize ans et demi, a toujours eu des douleurs abdominales.

En 1908, le 20 octobre, elle entra dans le service du Dr Albarran, à l'hôpital Necker, pour constipation opiniâtre, due vraisemblablement, d'après l'examen qui a été fait, à une rétroversion utérine. La malade n'était pas allée à la selle depuis sept jours et souffrait de douleurs abdominales et lombaires avec vomissements.

Pour ces accidents, on lui fit une opération plastique (fixation de l'utérus pour rétroversion, on écrivit au chirurgien qui n'a pu répondre par quel procédé elle a été opérée).

Les résultats opératoires furent excellents au point de vue fonctionnel.

Grossesse actuelle : dernières règles du 7 au 12 mars 1909.

Grossesse normale : pas de douleurs au niveau de l'abdomen, sauf vers le sixième mois où la malade éprouva une légère douleur abdominale qu'elle attribue à un traumatisme. Femme de taille moyenne, présentant sur la partie médiane de la paroi abdominale, une cicatrice extrêmement pigmentée, adhérente aux plans profonds. La matrice ne peut être refoulée sur les côtés. Le col occupe sa situation normale.

Examen obstétrical. — Sommet engagé en O. I. D. P.

Bruits du cœur bons.

Le travail commence le 6 janvier à 5 heures du soir.

7 janvier. — A 8 heures du matin, dilatation de 2 francs. Col effacé souple, poche des eaux intacte.

A 1 heure. Membranes intactes. Dilatation un peu plus grande que 2 francs. Bruits du cœur bons.

A 4 heures. Dilatation complète. Rupture des membranes.

A 4 h. 20, expulsion d'une fille vivante, du poids de 3.350 grammes. Circulaire autour du cou que l'on parvient facilement à dégager.

Après l'accouchement, la femme perd du sang liquide ; l'utérus est volumineux, mou ; les massages suffisent à arrêter l'hémorragie.

La femme expulse peu après spontanément le placenta et des caillots. Poids du placenta : 750 grammes, membranes incomplètes. Durée du travail vingt-trois heures trente.

Suites de couches normales. Enfant en bon état.

L'accouchée sort le 17 janvier 1910.

OBSERVATION VIII

(Clinique Tarnier. Service de M. le professeur Bar.)

M^{me} D..., ménagère, trente-et-un ans. Entre à la clinique, le 0 mars 1910.

Antécédents héréditaires. — Père mort artério-scléreux. Mère vivante rhumatisante.

Antécédents personnels. — Etat bronchitique depuis quatorze ans, pleurésie et congestion pulmonaire.

V-pare. En 1904, première grossesse. Accouchement à sept mois et demi, enfant nourri au sein (clinique Tarnier) et mort à six semaines.

En 1905, deuxième grossesse (clinique Tarnier), accouchement à terme. Enfant vivant, nourri quinze jours au sein, puis sevré, vivant et bien portant.

En 1906, troisième grossesse, avortement de quatre mois sans complication.

La même année, opération à l'hôpital Laënnec par M. Delbet : Hystéropexie basse, isthmique et ovariectomie gauche, pointes de feu sur l'autre ovaire.

En 1907, quatrième grossesse. Accouchement à six mois et demi au Havre? Enfant né vivant, nourri au sein, vivant actuellement. N'est pas bien portant.

Grossesse actuelle : dernières règles du 24 au 26 juin 1909 (les règles ordinairement durent six jours).

Examen. — Il existe sur la paroi antérieure de l'abdomen

une cicatrice de 15 centimètres ; celle-ci est adhérente aux plans profonds, non douloureuse.

Sommet engagé en D.P. Enfant vivant.

La femme souffre du ventre, surtout du côté gauche. Elle se plaint de la région droite para-ombilicale, quand elle tousse.

OBSERVATION IX

(Clinique Tarnier. Service de M. le professeur Bar.)

M^{me} N..., couturière, entre à la clinique le 30 mars 1910.

Antécédents héréditaires. — Parents vivants, bien portants, une sœur morte à vingt-trois ans de tuberculose pulmonaire.

Antécédents personnels. — Réglée à seize ans, irrégulièrement jusqu'à vingt et un ans. Rougeole, coqueluche, bronchite dans l'enfance. Entérite et troubles gastriques après vingt ans.

IV-pare. Première grossesse il y a huit ans, fille à terme, actuellement vivante.

Deuxième grossesse. Accouchement à terme d'une fille morte à deux ans et demi de méningite.

Troisième grossesse, fausse-couche de trois mois et demi. A la suite de cet avortement, opération pour rétroversion utérine et appendicite. Appendicectomie à froid et hystéropexie.

Grossesse actuelle : dernières règles du 20 au 25.

Juillet 1909. — Vomissements alimentaires au début. Dès les premiers mois, la femme a souffert au niveau de sa cicatrice surtout quand elle est assise.

Examen du 25 février 1910. — Siège complet. Bassin normal.

9 mars. — Hydramnios, fœtus mobile.

30 mars. — Fœtus mobile en O. l. G.

On trouve, dans la région sous-ombilicale, une cicatrice opératoire, sensible à la pression.

L'utérus est toujours très développé.

1^{er} avril. — La femme perd les eaux.

6 avril. — La grossesse continue normalement, ventre peu tendu, enfant vivant.

La recherche des signes de la syphilis est sans résultat.

8 avril. — On trouve un œuf fermé, ne contenant vraisemblablement qu'un fœtus. Peut être y a-t-il eu rupture d'une poche amnio-choriale. (D'après M. Lequeux, chef de clinique.)

CONCLUSIONS

I. — Le grand nombre de grossesses survenues chez des femmes ayant subi l'hystéropexie, prouve suffisamment que cette dernière n'empêche tout au moins pas la conception. En supprimant toute couture anormale de la cavité utérine, en améliorant les troubles métritiques fréquents dans les déviations utérines, il n'est pas impossible que l'opération soit même favorable à la conception.

II. — La vagino-fixation paraît *a priori* posséder quelques avantages. Outre son innocuité relative comparée aux accidents de la ventro-fixation, qui, en raison des dangers que faisait courir aux malades la laparotomie avait jadis quelques décès à enregistrer, elle semblait avoir pour elle l'absence d'éventration, de cicatrice douloureuse, et une guérison post-opératoire plus rapide qu'après l'hystéropexie abdominale.

En raison des progrès de l'asepsie et de la chirurgie, ces craintes ne sont heureusement plus fondées aujourd'hui. Nous reprochons par contre à la vagino-fixation d'être souvent suivie de récédive à cause du point d'attache insuffisant de l'utérus à la paroi peu solide et trop mobile du vagin. Quant aux suites

obstétricales, elle ont été très souvent de véritables désastres : l'utérus ramené en antéversion forcée prendra une position anormale, sa face postérieure s'amincira à l'extrême, pendant la grossesse, au point qu'elle menacera souvent de se rompre, son col dévié en haut et en arrière empêchera l'engagement et obligera le fœtus à prendre une position vicieuse, rendant ainsi les interventions obstétricales trop souvent nécessaires après cette opération, extrêmement difficiles.

Pour ces deux principales raisons ; insuffisance opératoire et complications obstétricales presque inévitables, nous éliminerons d'une façon absolue la vagino-fixation de notre technique.

III. — Les procédés d'hystéropexie suturant l'extrémité supérieure ou l'extrémité supérieure et la face antérieure à la paroi, seront également rejetés de notre méthode opératoire. Normalement, l'utérus, pendant les six premiers mois de la gestation, se développe surtout par son fond. Or, ce dernier, immobilisé et fixé contre la paroi abdominale, est gêné dans son expansion ; le résultat sera, par conséquent, ou bien l'avortement, très fréquent à la suite de l'application de ces procédés, ou bien le développement utérin, pendant la grossesse, aux dépens des faces postérieure et latérales, avec toutes ses fâcheuses complications (élévation du col, position transversale du fœtus, menaces de rupture de la paroi postérieure, etc.).

IV. — Les méthodes de fixation directe, mais respectant la partie supérieure de l'utérus et une plus

ou moins grande partie de la face antérieure (procédés Bazy, Delbet, Pozzi, Laroyenne, etc.), donnent des résultats opératoires plus constants, puisque le muscle utérin est fixé à un plan solide et plus étendu ; l'utérus conservera sa position normale ou du moins s'en rapprochera beaucoup, son fond se développera régulièrement pendant la gestation, l'ampliation de sa face antérieure sera peu ou pas gênée ; le col restera en bonne position, l'engagement s'effectuera sans difficultés. L'accommodation du fœtus se fera de façon satisfaisante, la grossesse et l'accouchement évolueront très souvent sans complications.

Quelques accidents obstétricaux, de peu de gravité, ont pu être attribués à l'emploi de ces procédés, jamais de véritables dystocies.

Nous emploierons donc toujours ces dernières méthodes, notamment chez les femmes jeunes ou n'ayant pas encore atteint la ménopause.

Vu : le Président de la thèse
PAUL SEGOND

Vu : le Doyen
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Abel.* — Bulletin méd., 18 mars 1896.
Audebert. — Soc. gyn. obst. et péd. Bordeaux, 1897.
Baldy. — Am. gyn. soc., 1905.
Baudouin. — Thèse de Paris, 1900.
Beyea. — Penna med. Journ., may 1906.
Berruyer. — Thèse de Lyon, 1895.
Binaud. — Soc. gyn., obst. et péd. de Bordeaux, 1897.
Blanc. — Thèse de Lyon, 1896.
Boyd. — J. of the Am. med. Ass., Chicago, 1906.
Bourcart. — Ann. de gyn. et d'obst., 1907.
Bowee. — J. of the Am. med. Ass. Chicago, 1905.
Bowley. — Johns hopkins hosp. bull. marsh 1905.
Clark. — Johns hopkins hosp. bull. marsh 1905.
Condamin. — Lyon médical, 1896.
Curmer. — Thèse de Lille, 1903.
Cragin. — Ann. gyn. soc., 1903.
Delbet. — Revue de gyn. et de chirurgie abd., Paris, 1908.
Demelin. — L'obstétrique, 1896.
Dickinson. — Ann. J. of obst., 1901.
Doléris. — La gynécologie, 1904.
— La gynécologie, 1904.
Dorland. — Univ. med. mag., décembre 1896.
Dudley. — Ann. gyn. soc., 1905.
Etchewery. — Toulouse médical, 1905.
Etheridge. — Ann. gyn. soc., 1905.
Flaischen. — Zeit. f. geb. und gyn., 1891.
Krug (Florian). — Ann. gyn. soc., 1905.
Fournier. — Toulouse méd., 1905.
Fraipont. — Ann. de la société med. chirurg., de Liège.
Fritsch. — Soc. méd., Berlin, 1894.

- Frederick.* — J. of the am. med. Ass. Chicago, 1906.
Gibert. — L'obst. Paris, 1897.
Goubaroff. — Arch. de tox. et de gyn., 1895.
Gouilloud. — Prov. méd., 1895.
Gouin. — Gynécol. Paris, 1905.
Gottschalk. — Cent. f. gyn., 1891.
Hirst. — Ann. J. of obst., 1897.
Hurdon (El.). — Ann. J. of obst., 1907.
Jarman. — Ann. gyn. soc., 1905.
Jacobs. — Soc. d'obst. de gyn. et péd. Paris, 1891.
Jewett. — Ann. gyn. soc., 1905.
Kaltenbach. — Zeit. f. gebürt und gyn., 1878.
Kelly. — Ann. J. of the med. sc., 1888.
Klotz. — Cent. f. gyn., 1888.
Lamort. — Thèse de Bordeaux, 1895.
Labusquière. — Ann. de gyn., 1891.
Laphorn-Smith. — Med. News, 1898.
Legueu. — C. R. soc. d'obst. et péd. Paris, 1901.
Lejars. — Ann. gyn. et d'obst. Paris, 1901.
Lefort. — La gynécol., 1904.
Léon. — Thèse de Lyon, 1895.
Lawrence. — J. of the med. Ass. Chicago, 1906.
Lucien. — Thèse de Nancy, 1896.
Lynch. — Johns hopkins hosp. bull., may 1904.
Mackenrodt. — The Am. J. of obst., 1896.
Milander. — Zeits. f. geb. und gyn., 1895.
Muller. — Berlin. Klinik. therap. Wochenschr., 1906.
Micaud. — Loire méd., 1901.
Munde. — Am. J. of obst., 1901.
Munde. — Am. gyn. soc., 1905.
Newmann. — Am. gyn. soc., 1905.
Noble. — Am. J. of obst., 1897.
— Am. J. of obst., 1905.
Norris. — Am. J. of obst., 1897.
Oul. — Am. de gyn. et d'obst. Paris, 1904.
Palmer-Dudley. — Am. gyn. soc., 1903.
Penrose. — Am. gyn. soc., 1905.
Pinard. — Soc. d'obst. et de gyn. Paris, 1899.
Pozzi. — Traité de gynécologie, 1905.
Piras. — Thèse de Paris, 1896.
Queirel. — Ann. de gyn. et d'obst. Paris, 1904.

- Ramy.* — Am. gyn. soc., 1905.
Richelot. — C. R. soc. d'obst. gyn. et péd. Paris, 1901.
Richelot. — Chirurgie de l'utérus, 1902.
Russel-Andrews. — Journ. of obst. of the british empire, 1905
Rutherford. — Phila. med. J., 1900.
Saenger. — Cent. f. gyn., 1888.
Sims. — The british Am. J., 1877.
Sinclair. — Manchester chronicle, 1894.
Smith. — Am. J. of obst., 1906.
Strassmann. — Arch. f. gyn., 1896.
Thieux. — Thèse de Montpellier, 1900.
Von Guérard. — Cent. f. gyn., 1896.
Warren. — J. of the med. Ass. Chicago, 1906.
Walton. — Belgique médicale, 1897.
Van de Warker. — Am. gyn. soc., 1905.
Winter. — Soc. gyn. et d'obst. Berlin, 1894.
Villeneuve. — Thèse de Toulouse, 1899.
-

